한화
처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504

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

확인필-제2025-상품기획-약관00946L-전사(25.03.13~26.03.12)
개정 2025.04.01

공정거래위원회 CCM인증

가족친화 우수기업 선정

한화손해보험

smart insu
한화손해보험

모바일로 간편하고 쉽게
보험을 관리해 보세요

구글 Play 스토어 또는 애플 App Store에서
한화손해보험 검색하고 설치!

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 이용 가이드북

본 가이드북은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고
이해할 수 있는 방법을 안내하는 것을 목적으로 합니다.

보험약관이란?

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

한 눈에 보는 약관의 구성

1. 약관 이용 가이드북

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

2. 약관 요약서

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

3. 보험약관(주계약&특약)

보통약관 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관
특별약관 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

4. 용어해설 및 색인(索引) 등

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

QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?
스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하거나 사진촬영하면 상세 내용 등을 편리하게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

보험금 지급 및 지급제한 사항	보험금의 지급사유 보험금을 지급하지 않는 사유	

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

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

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

한 눈에 보는 약관의 구성

1. 약관요약서 활용

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

2. 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 활용

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

3. 가나다 순 특약 색인을 활용

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

4. 예시 참고

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

5. QR코드 스캔

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

6. 법규해설집 항목 활용

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

7. 약관 주의깊게 확인

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

기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com), 고객상담센터(1566-8000)으로 문의
※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포탈(FINE, www.fine.fss.or.kr)에서 확인

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 요약서

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

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

보험 가입을 감사드립니다!

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

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504

보험회사명 **한화손해보험**

보험상품명 **한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504**

보험의종목 **장기손해보험 / 장기상해**

상품의 주요특징

임신/출산부터 자녀의 성장기에 마주치는 각종 위험을 든든하게 보장해 드립니다.

상품명으로 보는 상품의 특징

무배당 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

어린이보험 태아부터 15세까지 가입 가능한 상품입니다.

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

계약전환용 1종(기본형)의 20 / 30 / 55세만기 또는 2종(납입후50%해약환급금지급 형)의 55세만기 가입자가 계약 전환 신청시 가입가능

보험금 지급제한사항

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

면책기간
보험금
미지급

면책기간

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

[면책기간 적용 담보 예시]

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

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

민원사례

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

감액지급
50%
[1년 이내]

감액지급

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

[감액지급 적용 담보 예시]

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

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

보장한도
최초
1회한

보장한도
보험금
지급한도
적용

보장한도

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

[보장한도 적용 담보 예시]

구분	담보명	지급한도
허혈성심장질환 진단특약	허혈성심장질환 진단비	최초 1회에 한하여 보장
상해입원특약	상해입원비	180일 한도로 보장

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

자기부담금
차감 후
지급

자기부담금 차감

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

[자기부담금을 차감하는 담보 예시]

구분	담보명	자기부담금	
실손의료보험	상해급여형 질병급여형	입원	급여 본인부담금의 20%
		통원	통원1회당 의료기관별 1~2만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액
	상해비급여형 질병비급여형	입원	비급여 의료비의 30%
		통원	통원1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
		상급병실료차액	비급여 병실료의 50%. 1일 평균 10만원 한도 보상
	3대비급여형	도수치료· 체외충격파치료· 증식치료	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
		주사료	
		자기공명영상진단	

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보의 자기부담금 설정 여부는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

해약환급금
0원
[납입기간 중 해지시]

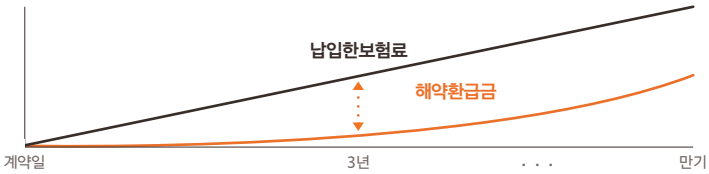
해약환급금
기본형 대비 50%
[납입기간 이후 해지시]

해약환급금
[납입기간 중 해지시]
표준형 대비 50%

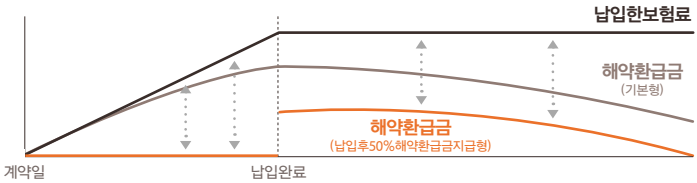
주의사항

① 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

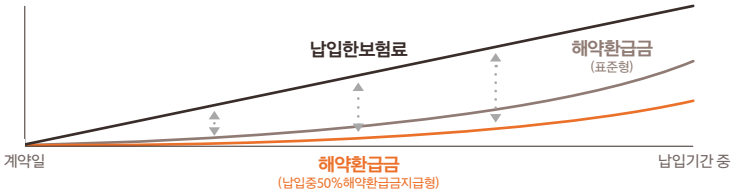
※ 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



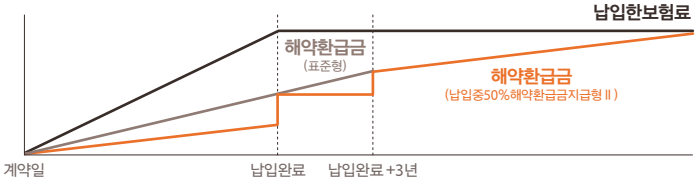
② 납입후50%해약환급금지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 "기본형"해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.



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



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



갱신 시 보험료 인상 가능성

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

보험료갱신형

주의사항

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

[갱신형 담보 예시]

상해수술비(갱신형), 질병사망(갱신형)

실손보상형 담보

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

실손형 담보
[중복가입 부적절]
중복가입 시
비례보상

주의사항

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입하더라도 실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다. (중복 가입 시 비례 보상)
② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

[실손보상형 담보 예시]

가족일상생활중배상책임, 자동차사고대인벌금

소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험
[사망, 상해, 질병 등]

보장성보험

주의사항

① 보장성보험은 상해, 질병보장을 주목적으로 하며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

저축성보험
[예·적금, 펀드와 다름]

저축성보험

주의사항

① 저축성보험은 은행의 예·적금 및 펀드 등과 다른 상품입니다.
② 중도에 해지할 경우 원금 손실이 발생할 수 있습니다.

금리연동형
[적용금리 변동]

최저이율 보장 0.3%

금리연동형보험

주의사항

① 계약자 적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동 됩니다.
② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결, 유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.
③ 보장성보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.
*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도
④ 저축성보험의 최저보증이율*은 경과 기간에 따라 상이합니다.

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

*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

유병자보험
[일반인 가입시 불리]
질병 있어도 OK

유병력자보험

주의사항

① 유병력자보험은 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
② 일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입한 경우 불리할 수 있습니다.

예금자보호
예금보험공사
보호금융상품
인당 최고 5천만원

예금자보험제도에 관한 사항

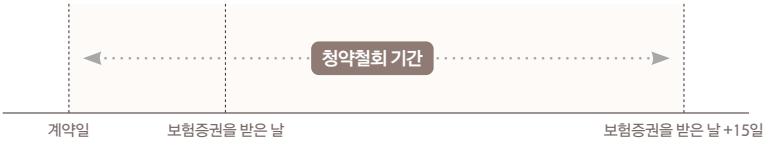
주의사항

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산)보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "5천만원까지"보호됩니다.

보험계약 시 알아두실 사항

청약을 철회할 수 있는 권리

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



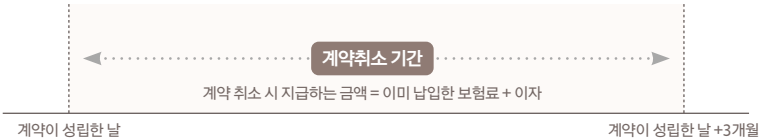
[청약철회가 불가한 경우]

① 청약일로부터 30일(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
② 회사가 건강상태진단을 지원하는 계약
③ 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

보험계약을 취소할 수 있는 권리

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

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



보험계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

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

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

주의사항

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

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

민원사례

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

》 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률지식

[대법원 2007. 6. 28 선고 2006다59837]

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

계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

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

보험계약 후 알릴의무

아래와 같은 변경사항이 발생한 경우 반드시 보험회사에 알려주셔야 합니다.

직업·직무 변경	운전목적 변경	운전여부 변경	이륜차 등 사용 (전동킥보드 등 개인형 이동장치 포함)

주의사항

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,

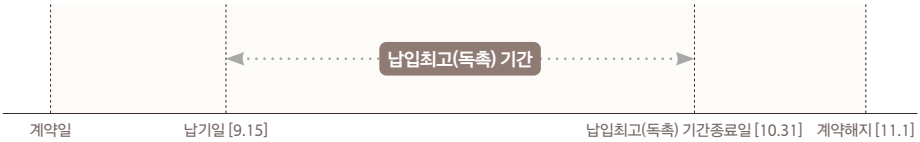
② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.

보험료 납입연체* 및 보험계약의 해지

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

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

보험계약 해지 예시



해지된 보험계약의 부활(효력회복)

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

주의사항

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

보험계약 부활 절차

보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

예시

해약환급금 1,000만원 (보험회사)	−	대출금 500만원 + 이자 5만원 = 505만원	=	실수령액 495만원

주의사항

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

보험금 청구절차 및 서류

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

보험금 청구 절차

청구접수일부터 지급일까지 3영업일 이내
(조사 등이 필요한 경우 최대 30영업일)

보험금 청구 문의 (서류안내) → 보험금 청구 (서류접수) → **보험금 지급 심사** (필요시 손해사정 또는 조사) → **보험금 지급** (심사결과 안내)

보험금 청구 서류

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

주의사항

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

신용정보 제공 활용에 대한 고객권리 안내문

금융서비스의 이용

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

고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

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

본인정보

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

대표전화 1566-8000 / 홈페이지 www.hwgeneralins.com

※ 단, 신규거래고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

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

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

신용정보 제공사실 통보 요구 및 오류정보 정정 요구

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

신용정보 제공사실 통보 요구권(법 제35조)

고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

신용정보 열람 및 정정요구권(법 제38조)

고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정 요구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정 요청 가능

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

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

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

상담안내 및 보험분쟁조정

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

한화손해보험 고객상담센터	금융감독원
1566-8000 서울시 영등포구 여의대로56(여의도동) 한화금융센터 고객상담센터	1332 서울시 영등포구 여의대로38 금융감독원

보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손해보험	금융감독원
www.hwgeneralins.com 02-316-0592 (Fax) 02-316-0593	www.fss.or.kr 1332

금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
www.insucop.fss.or.kr 1332 / 02-3145-5114

목 차

가입자 유의사항 ····· 27
주요내용 요약서 ····· 33
보험금 청구 구비서류 안내 ····· 37
보험금 청구절차 및 알아두실 내용 ····· 45
보험 가입부터 보험금 지급까지 ····· 47
주요 민원사례 안내 ····· 49
주요 보험용어 해설 ····· 51

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 보통약관 I

[제1절. 공통조항]
제1관. 목적 및 용어의 정의 ····· 55
제1조(목적) ····· 55
제2조(용어의 정의) ····· 55

제2관. 보험금의 지급 ····· 58
제3조(보험금의 지급사유) ····· 58
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 58
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 58
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 58
제7조(보험금의 청구) ····· 58
제8조(보험금의 지급절차) ····· 58
제9조(공시이율의 적용 및 공시) ····· 59
제10조(중도인출에 관한 사항) ····· 60
제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급) ····· 60
제12조(보험금을 받는 방법의 변경) ····· 61
제13조(주소변경통지) ····· 61
제14조(보험수익자의 지정) ····· 61

제15조(대표자의 지정) ····· 61

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 62

제16조(계약 전 알릴 의무) ····· 62
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 62
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 63
제19조(사기에 의한 계약) ····· 64

제4관. 보험계약의 성립과 유지 ····· 64

제20조(보험계약의 성립) ····· 64
제21조(청약의 철회) ····· 65
제22조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 65
제23조(계약의 무효) ····· 66
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 67
제25조(보험나이 등) ····· 67
제26조(계약의 소멸) ····· 68

제5관. 보험료의 납입 ····· 68

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 68
제28조(제2회 이후의 보험료 납입) ····· 69
제29조(보험료의 납입면제) ····· 69
제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) ····· 69
제31조(보험료의 자동대출납입) ····· 69
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 70
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 70
제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 71

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 71

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 71
제35조의2(위법계약의 해지) ····· 71
제36조(중대사유로 인한 해지) ····· 72
제37조(회사의 파산선고와 해지) ····· 72
제38조(해약환급금) ····· 72
제39조(보험계약대출) ····· 73

제40조(배당금의 지급) ····· 73

제7관. 분쟁조정 등 ····· 73
제41조(분쟁의 조정) ····· 73
제42조(관할법원) ····· 73
제43조(소멸시효) ····· 73
제44조(약관의 해석) ····· 73
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 74
제46조(회사의 손해배상책임) ····· 74
제47조(개인정보보호) ····· 74
제48조(준거법) ····· 74
제49조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 74

[제2절. 보장조항]
상해후유장해(3-100%), 상해후유장해(3-100%)(태아보장용) 보장 ····· 75
제1조(보험금의 지급사유) ····· 75
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 75
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 76

[제3절. 납입면제조항]
제1조("암"의 정의 및 진단확정) ····· 77
제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정) ····· 77
제3조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정) ····· 78
제4조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정) ····· 78
제5조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정) ····· 78
제6조("특정상해성뇌출혈"의 정의 및 진단확정) ····· 78
제7조("특정상해성장기손상"의 정의 및 진단확정) ····· 79
제8조("특정심장방실및전도장애"의 정의 및 진단확정) ····· 79
제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시) ····· 79
제10조(보험료의 납입면제) ····· 79
제11조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) ····· 80
제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정) ····· 80
제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정) ····· 81

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504
특별약관(보통약관Ⅰ 부가대상)

1. 상해관련 특별약관 ····· 83

1-1. 상해사망 특별약관, 상해사망(연만기) 특별약관(1,2종),
상해사망(갱신형) 특별약관(1종) ····· 85

1-2. 교통상해사망 특별약관, 교통상해사망(연만기) 특별약관(1,2종) ····· 85

1-3. 상해50%이상후유장해 특별약관,
상해50%이상후유장해(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 88

1-4. 통합상해진단비Ⅱ(상해부위별연간1회한) 특별약관 ····· 90

1-5. 골절(치아파절제외)진단비 특별약관,
골절(치아파절제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 91

1-6. 골절(치아파절포함)진단비 특별약관,
골절(치아파절포함)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 92

1-7. 5대골절진단비 특별약관, 5대골절진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 92

1-8. 개방성골절진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 93

1-9. 특정상해성탈구진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 93

1-10. 성장판손상골절진단비 특별약관(1,2종),
성장판손상골절진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 94

1-11. 화상진단비 특별약관 ····· 95

1-12. 화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한) 특별약관 ····· 95

1-13. 중증화상및부식진단비 특별약관 ····· 96

1-14. 상해12대장애진단비 특별약관(1,2종) ····· 97

1-15. 특정상해성뇌손상진단비 특별약관 ····· 98

1-16. 특정상해성뇌출혈진단비 특별약관,
특정상해성뇌출혈진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 101

1-17. 특정상해성장기손상진단비 특별약관,
특정상해성장기손상진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 103

1-18. 응급의료아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 105

1-19. 상해수술비Q 특별약관, 상해수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 106

1-20. 상해수술비Q(치아파절및치아탈구제외) 특별약관,
상해수술비Q(치아파절및치아탈구제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 107

1-21. 상해종합병원수술비Q 특별약관,

상해종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 109
1-22. 상해상급종합병원수술비Q 특별약관,
상해상급종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 111
1-23. 상해1-5종수술비ⅢQ 특별약관,
상해1-5종수술비ⅢQ(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 112
1-24. 상해1-5종수술비ⅣQ(수술1회당) 특별약관,
상해1-5종수술비ⅣQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 115
1-25. 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 117
1-26. 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장) 특별약관 ····· 121
1-27. 골절수술비Q 특별약관, 골절수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 125
1-28. 5대골절수술비Q 특별약관, 5대골절수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 127
1-29. 화상수술비Q 특별약관 ····· 128
1-30. 특정화상처치비(연간5회한,급여) 특별약관 ····· 129
1-31. 상해흉터복원수술비Ⅱ 특별약관 ····· 131
1-32. 상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관,
상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관(태아보장용)(1,2종) ····· 132
1-33. 십자인대질환수술비(연간1회한,급여) 특별약관(1종) ····· 133
1-34. 골절(치아파절제외)깁스치료비 특별약관,
골절(치아파절제외)깁스치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 135
1-35. 골절(치아파절제외)부목치료비 특별약관,
골절(치아파절제외)부목치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 136
1-36. 상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관,
상해입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 136
1-37. 상해입원비(1일이상10일한도) 특별약관,
상해입원비(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 137
1-38. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관,
상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 138
1-39. 상해중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관,
상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 139
1-40. 상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 140
1-41. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관,
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관 (1,2종) ····· 141
1-42. 상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,

상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ···· 143
1-43. 상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 144
1-44. 상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 146
1-45. 간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관(1,2종),
간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 148
1-46. 자동차사고부상발생금(1-14급,차등지급)(연만기) 특별약관(1,2종) ····· 151
1-47. 스쿨존내어린이교통사고발생금 특별약관(1종) ····· 152
1-48. 성장판손상유발교통사고발생금 특별약관(1,2종) ····· 153
1-49. 강력범죄발생금 특별약관 ····· 154
1-50. 폭력사고발생금 특별약관(1,2종) ····· 156
1-51. 상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 156
1-52. 상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 158

2. 질병관련 특별약관 ····· 161
2-1. 질병사망 특별약관, 질병사망(연만기) 특별약관(1,2종) ····· 163
2-2. 질병50%이상후유장해 특별약관,
질병50%이상후유장해(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 163
2-3. 질병후유장해(3-100%) 특별약관, 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관(1종),
질병후유장해(3-100%)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 166
2-4. 뇌혈관질환후유장해(3-100%) 특별약관,
뇌혈관질환후유장해(3-100%)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 167
2-5. 암(4대유사암제외)진단비 특별약관, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종),
암(4대유사암제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 169
2-6. 암(4대유사암제외)진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1.2종) ····· 172
2-7. 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ 특별약관 ····· 175
2-8. 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ 특별약관 ····· 181
2-9. 4대유사암진단비 특별약관, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관(1종),
4대유사암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 189
2-10. 자녀7대암진단비 특별약관(1,2종),
자녀7대암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 191
2-11. 10대고액치료비암진단비 특별약관,
10대고액치료비암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 193

2-12. 통합전이암진단비 특별약관 ····· 195
2-13. 전이암진단비 특별약관 ····· 200
2-14. 특정양성뇌종양진단비 특별약관,
특정양성뇌종양진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 203
2-15. 뇌혈관질환진단비 특별약관, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 205
2-16. 뇌혈관질환진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1,2종) ····· 207
2-17. 주요뇌혈관질환진단비 특별약관,
주요뇌혈관질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 209
2-18. 뇌졸중진단비 특별약관 ····· 210
2-19. 신생아뇌출혈진단비 특별약관(1,2종) ····· 211
2-20. 뇌전증진단비 특별약관 ····· 213
2-21. 심혈관질환진단비 특별약관, 심혈관질환진단비(갱신형) 특별약관(1종),
심혈관질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 214
2-22. 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관,
심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 216
2-23. 통합심장질병진단비 특별약관 ····· 217
2-24. 허혈성심장질환진단비 특별약관, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 221
2-25. 허혈성심장질환진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1,2종) ····· 222
2-26. 주요허혈성심장질환진단비 특별약관 ····· 223
2-27. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 224
2-28. 심근병증진단비 특별약관, 심근병증진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 225
2-29. 주요심장염증질환진단비 특별약관,
주요심장염증질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 226
2-30. 급성심장염진단비 특별약관(1,2종),
급성심장염진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 227
2-31. 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) · 228
2-32. 특정심장방실및전도장애진단비 특별약관,
특정심장방실및전도장애진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 230
2-33. 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 232
2-34. 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 233
2-35. 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 235
2-36. 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 236

2-37. 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 238
2-38. 폐렴진단비(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 239
2-39. 폐렴진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 240
2-40. 특정바이러스폐렴진단비(연간1회한) 특별약관(1종) ····· 241
2-41. 천식지속상태(급성중증천식)진단비 특별약관 ····· 241
2-42. 패혈증진단비(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 242
2-43. 패혈증진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 243
2-44. 주요폐질환진단비 특별약관 ····· 244
2-45. 주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 245
2-46. 외부요인으로인한폐질환진단비 특별약관 ····· 246
2-47. 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 247
2-48. 급성신우신염진단비 특별약관, 급성신우신염진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) 248
2-49. 급성신부전진단비 특별약관, 급성신부전진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 249
2-50. 인슐린의존당뇨병진단비 특별약관(1종) ····· 250
2-51. 뇌하수체기능저하진단비 특별약관(1종) ····· 251
2-52. 특정갑상선기능저하증진단비 특별약관(1,2종),
특정갑상선기능저하증진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 252
2-53. 희귀난치성7대질환진단비 특별약관,
희귀난치성7대질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 253
2-54. 질병12대장애진단비 특별약관(1,2종) ····· 254
2-55. 소아백혈병진단비 특별약관(1,2종),
소아백혈병진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 255
2-56. 어린이심장관련특정질병진단비 특별약관(1종) ····· 257
2-57. 뇌성마비진단비 특별약관(1종), 뇌성마비진단비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 258
2-58. 중증틱장애진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 259
2-59. 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종),
선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 261
2-60. 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종),
특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 262
2-61. 중증아토피진단비 특별약관(1,2종) ····· 264
2-62. ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 265
2-63. 결핵진단비 특별약관 ····· 266
2-64. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관(1,2종) ····· 267

2-65. 중증세균성수막염진단비 특별약관(1종) ····· 268
2-66. 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
수족구병진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 270
2-67. 수두진단비 특별약관(1,2종), 수두진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 270
2-68. 특정전염병발생금 특별약관, 특정전염병발생금(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 271
2-69. 신생아기흉진단비 특별약관(1,2종) ····· 272
2-70. 성조숙증진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 273
2-71. 골다공증진단비 특별약관 ····· 274
2-72. 연조직염진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 275
2-73. 대상포진진단비 특별약관 ····· 276
2-74. 대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 277
2-75. 통풍진단비 특별약관 ····· 278
2-76. 크론병진단비 특별약관 ····· 279
2-77. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관 ····· 280
2-78. 특정정신질환진단비(연간1회한) 특별약관(1종) ····· 282
2-79. 특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 282
2-80. 돌발성난청진단비 특별약관 ····· 283
2-81. 특정자가면역질환진단비 특별약관 ····· 284
2-82. 특정천공진단비 특별약관 ····· 285
2-83. 특정천공동반질병진단비 특별약관 ····· 286
2-84. 특정천공동반게실병진단비 특별약관 ····· 287
2-85. 질병수술비Q 특별약관, 질병수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 288
2-86. 질병수술비Q(특정2대경증질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정2대경증질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 290
2-87. 질병수술비Q(특정4대질병Ⅱ제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정4대질병Ⅱ제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 292
2-88. 질병수술비Q(특정5대질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정5대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 294
2-89. 질병수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 296
2-90. 질병수술비Q(특정10대질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정10대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 299
2-91. 질병종합병원수술비Q 특별약관,
질병종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 301

2-92. 질병종합병원수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관,
질병종합병원수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 303
2-93. 질병상급종합병원수술비Q 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 305
2-94. 질병상급종합병원수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 307
2-95. 질병상급종합병원수술비Q(특정10대질병제외) 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(특정10대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 310
2-96. 질병수술비Q(수술1회당) 특별약관,
질병수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 312
2-97. 질병수술비Q(특정2대경증질병제외,수술1회당) 특별약관,
질병수술비Q(특정2대경증질병제외,수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 314
2-98. 질병종합병원수술비Q(수술1회당) 특별약관,
질병종합병원수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 316
2-99. 질병상급종합병원수술비Q(수술1회당) 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 319
2-100. 질병1-5종수술비ⅢQ 특별약관,
질병1-5종수술비ⅢQ(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 321
2-101. 질병1-5종수술비ⅣQ(수술1회당) 특별약관,
질병1-5종수술비ⅣQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 324
2-102. 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 328
2-103. 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관,
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ···· 332
2-104. 암(4대유사암포함)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관,
암(4대유사암포함)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 336
2-105. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관,
암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 339
2-106. 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관,
4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 342
2-107. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 344
2-108. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관,
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 347
2-109. 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당),

암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) … 350
2-110. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) …… 352
2-111. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) …… 354
2-112. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 …… 356
2-113. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 …… 361
2-114. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원,국립암센터)
(진단후10년,연간1회한) 특별약관 …… 366
2-115. 특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원,국립암센터)(진단후10년,연간1회한)
특별약관 …… 371
2-116. 2대질병진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 …… 375
2-117. 2대질병진단후특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)
(진단후10년,연간1회한) 특별약관 …… 379
2-118. 2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 …… 383
2-119. 경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 …… 385
2-120. 중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 …… 387
2-121. 중증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 …… 389
2-122. 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 …… 390
2-123. 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) …… 392
2-124. 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) …… 393
2-125. 특정유사암항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) …… 394
2-126. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 396
2-127. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) …… 401
2-128. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관,
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) …… 406
2-129. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),

암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 411
2-130. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 414
2-131. 암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 416
2-132. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한)
특별약관 ····· 422
2-133. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한)
특별약관 ····· 425
2-134. 특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관 ···· 427
2-135. 특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관 ····· 428
2-136. 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ
(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 429
2-137. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형)
특별약관(1,2종) ····· 437
2-138. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)
특별약관(1,2종) ····· 442
2-139. 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 447
2-140. 갑상선기능항진증치료비(1회한,급여) 특별약관 ····· 449
2-141. 특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한) 특별약관 ····· 450
2-142. 관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 451
2-143. 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 453
2-144. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 454
2-145. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 455
2-146. 눈(안와)안심보장치료비(급여) 특별약관 ····· 456
2-146-1. 눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)(1일1회,연간3회한,급여) 세부보장 ····· 456
2-146-2. 눈(안와)안심보장치료비(특정처치및수술비)(연간1회한,급여) 세부보장 ····· 459
2-146-3. 눈(안와)안심보장치료비(특정수술비)(연간1회한,급여) 세부보장 ····· 460
2-147. 뇌졸중수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 461
2-148. 뇌졸중수술비(1회한) 특별약관 ····· 462

2-149. 뇌혈관질환수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 464
2-150. 뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관 ····· 465
2-151. 급성심근경색증수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 467
2-152. 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관 ····· 468
2-153. 허혈성심장질환수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 469
2-154. 허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관 ····· 470
2-155. 조혈모세포이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 472
2-156. 116대질병수술비 특별약관, 116대질병수술비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 473
2-157. 7대생활질병및치핵수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 475
2-158. 7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한) 특별약관 ····· 476
2-159. 호흡기질환수술비(수술1회당) 특별약관,
호흡기질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 479
2-160. 피부질환수술비(수술1회당) 특별약관,
피부질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 480
2-161. 충수염(맹장염)수술비(1회한) 특별약관 ····· 481
2-162. 시청각질환수술비 특별약관(1,2종) ····· 482
2-163. 희귀난치성질환수술비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 484
2-164. 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관(1종),
선천이상수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 485
2-165. 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관(1종),
특정선천이상수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 487
2-166. 어린이주요질환수술비 특별약관(1,2종),
어린이주요질환수술비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 488
2-167. 어린이생활질환수술비 특별약관(1,2종),
어린이생활질환수술비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 489
2-168. 어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한) 특별약관(1종),
어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1종) 491
2-169. 특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 493
2-170. 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ·· 494
2-171. 이비인후과질환수술비(수술1회당) 특별약관,
이비인후과질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 496
2-172. 사시수술비 특별약관(1,2종) ····· 498
2-173. 소아탈장수술비(수술1회당) 특별약관(1종),
소아탈장수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 500

2-174. 특정부인과질병수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 501
2-175. 질병입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관,
질병입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 502
2-176. 질병입원비Q(1일이상10일한도) 특별약관,
질병입원비Q(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 503
2-177. 질병중환자실입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관,
질병중환자실입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 505
2-178. 질병중환자실입원비Q(1일이상10일한도) 특별약관,
질병중환자실입원비Q(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 507
2-179. 질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 508
2-180. 질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 510
2-181. 질병상급종합병원입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관,
질병상급종합병원입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 512
2-182. 질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 515
2-183. 질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 517
2-184. 간병인사용질병입원비Ⅱ Q(1일이상180일한도) 특별약관(1,2종),
간병인사용질병입원비Ⅱ Q(1일이상180일한도) (태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 519
2-185. 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관,
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(갱신형)
특별약관(1종),
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 523
2-186. 암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관 ····· 527
2-187. 환경성질환입원비(1일이상120일한도) 특별약관(1,2종),
환경성질환입원비(1일이상120일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 530
2-188. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 531
2-189. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관,
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ··· 532
2-190. 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 534
2-191. 시력치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 535
2-192. 시력교정비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 536

2-193. 신생아보장 특별약관(1,2종) ····· 537
2-194. 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 특별약관,
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ··· 538
2-195. 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관,
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 541
2-196. 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 544
2-197. 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 545
2-198. 암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 546
2-199. 암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 548
2-200. 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 550
2-201. 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)지원비(연간1회한,급여)
특별약관 ····· 552
2-202. 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(혈관조영술)지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 553
2-203. 질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 554
2-204. 질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 556
2-205. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관(1,2종) ····· 557

3. 상해 및 질병관련 특별약관 ····· 561
3-1. 깁스치료비 특별약관, 깁스치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 563
3-2. 신깁스치료비(급여) 특별약관, 신깁스치료비(급여)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ··· 563
3-3. 통합뇌관련질환진단비 특별약관 ····· 564
3-4. 양전자방출단층촬영(PET)검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 567
3-5. 안면부창상봉합술치료발생금(1일1회,3㎝이상,급여) 특별약관 ····· 569
3-6. 창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,5㎝이상,연간3회한,급여) 특별약관 ····· 569
3-7. 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 570
3-8. 치아보존치료비(크라운연간3개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 572
3-9. 영구치보철치료비Ⅲ(무제한,틀니연간1개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 576
3-10. 영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 582
3-11. 부정교합치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 585
3-12. 5대장기이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 586
3-13. 각막이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 587
3-14. 추간판장애수술비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 588
3-15. 응급실내원치료비(응급) 특별약관,

응급실내원치료비(응급)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 590
3-16. 기흉진단비 특별약관(1,2종), 기흉진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 591
3-17. 특정쇼크(shock)진단비 특별약관 ····· 592
3-18. 특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 특별약관 ····· 593
3-19. 특정치료합병증진단비(특정처치중발생) 특별약관 ····· 594
3-20. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관,
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 595
3-21. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관,
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 597
3-22. 중증화상산정특례대상진단비 특별약관 ····· 599
3-23. 중증외상산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 603
3-24. 추간판장애진단비 특별약관, 추간판장애진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 605
3-25. 계약전환후보험료지원(10대사유)(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 606
3-26. 계약전환후보험료지원(10대사유)(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 612
3-27. 보험료납입면제대상보장(10대사유) 특별약관(1,2종) ····· 618
3-28. 보험료납입면제대상보장(10대사유)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 624
3-29. 입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 629
3-30. 입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관,
입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 631
3-31. 종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
종합병원입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 633
3-32. 종합병원입원생활비(연간181일이상) 특별약관,
종합병원입원생활비(연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 635
3-33. 상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
상급종합병원입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 638
3-34. 종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관,
종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 640
3-35. 상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관,
상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 643
3-36. 간병인사용입원생활비(연간180일한도) 특별약관,

간병인사용입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 645
3-37. 간병인사용입원생활비(정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관,
간병인사용입원생활비(정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 648
3-38. 간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관,
간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 651
3-39. 간호간병통합서비스입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상)
특별약관 ····· 653
3-40. 간병인사용입원생활비Ⅱ(연간180일한도) 특별약관,
간병인사용입원생활비Ⅱ(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 655
3-41. 간병인사용입원생활비Ⅱ(정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관,
간병인사용입원생활비Ⅱ(정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 658
3-42. 간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관 ····· 660

4. 비용손해관련 특별약관 ····· 665
4-1. 유괴납치불법감금피해일당 특별약관(1,2종) ····· 667
4-2. 의료사고법률비용(실손) 특별약관 ····· 667
4-3. 아동학대피해보장(친족제외) 특별약관(1,2종) ····· 668
4-4. 학교폭력피해보장 특별약관(1,2종) ····· 669
4-5. 초·중등학업중단보장(질병사유) 특별약관(1,2종) ····· 672
4-6. 카메라등이용·촬영 성폭력범죄발생금 특별약관(1,2종) ····· 673
4-7. 성폭력피해발생금(친족제외) 특별약관(1,2종) ····· 674

5. (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 677
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 695
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형),
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용)
특별약관 ····· 698
갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 700
갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형),
갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용) 특별약관 ····· 703
자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 706

자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형) 특별약관 ····· 708

6. (독립특별약관) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 715

간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형),
간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관 ····· 734
상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형),
상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(태아보장용) 특별약관 ····· 738
간병인지원질병입원비Q(1일이상180일한도)(갱신형),
간병인지원질병입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관 ····· 740
질병입원비Q(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형),
질병입원비Q(1일이상180일한도)(전환용)(태아보장용) 특별약관 ····· 743

7. (독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임 특별약관(1,2종) ····· 747

가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관 ····· 766

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 보통약관Ⅱ(1,2종)

[제1절. 공통조항]

제1관. 목적 및 용어의 정의 ····· 771

제1조(목적) ····· 771
제2조(용어의 정의) ····· 771

제2관. 보험금의 지급 ····· 773

제3조(보험금의 지급사유) ····· 773
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 773
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 773
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 773
제7조(보험금의 청구) ····· 774
제8조(보험금의 지급절차) ····· 774
제9조(중도인출에 관한 사항) ····· 775
제10조(만기환급금의 지급) ····· 775
제11조(보험금을 받는 방법의 변경) ····· 775

제12조(주소변경통지) ····· 775
제13조(보험수익자의 지정) ····· 775
제14조(대표자의 지정) ····· 775

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 775
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 776
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 776
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 777
제18조(사기에 의한 계약) ····· 778

제4관. 보험계약의 성립과 유지 ····· 778
제19조(보험계약의 성립) ····· 778
제20조(청약의 철회) ····· 779
제21조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 779
제22조(계약의 무효) ····· 780
제23조(계약내용의 변경 등) ····· 781
제24조(보험나이 등) ····· 781
제25조(계약의 소멸) ····· 782
제26조(보통약관 I 과의 관계) ····· 782

제5관. 보험료의 납입 ····· 782
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 782
제28조(제2회 이후의 보험료 납입) ····· 783
제29조(보험료의 자동대출납입) ····· 783
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 783
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 784
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 784

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 785
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 785
제33조의2(위법계약의 해지) ····· 785
제34조(중대사유로 인한 해지) ····· 786
제35조(회사의 파산선고와 해지) ····· 786
제36조(해약환급금) ····· 786

제37조(보험계약대출) ····· 786
제38조(배당금의 지급) ····· 786

제7관. 분쟁조정 등 ····· 787
제39조(분쟁의 조정) ····· 787
제40조(관할법원) ····· 787
제41조(소멸시효) ····· 787
제42조(약관의 해석) ····· 787
제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 787
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 787
제45조(개인정보보호) ····· 788
제46조(준거법) ····· 788
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 788

[제2절. 보장조항]
1. 부양자상해사망 보장 ····· 789
제1조(보험금의 지급사유) ····· 789
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 789
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 789
제4조(보장의 소멸) ····· 789

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 특별약관(보통약관Ⅱ 부가대상)(1,2종)

1. 질병관련 특별약관 ····· 791
1-1. 부양자질병사망 특별약관(1,2종) ····· 793
1-2. 모성사망 특별약관(1,2종) ····· 793
1-3. 임신중독증(자간포함)진단비 특별약관(1,2종) ····· 794
1-4. 태반조기박리진단비 특별약관(1,2종) ····· 795
1-5. 양수색전증진단비 특별약관(1,2종) ····· 796
1-6. 임신및출산질환수술비(수술1회당) 특별약관(1,2종) ····· 797
1-7. 여성산과관련자궁적출수술비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 798
1-8. 임신및출산질환입원비(4일이상120일한도) 특별약관(1,2종) ····· 799

1-9. 다운증후군출산보장 특별약관(1,2종) ····· 800
1-10. 출산전선별검사이상소견진단비 특별약관(1,2종) ····· 801
1-11. 특정임신중당뇨진단비 특별약관(1,2종) ····· 802
1-12. 유산진단비 특별약관(1,2종) ····· 803
1-13. 산후우울증치료비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 804

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 제도성 특별약관(공통)

1. 보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종) ····· 809
2. 출생전자녀가입 특별약관(1,2종) ····· 810
3. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 ····· 814
4. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 815
5. 보험료자동납입 특별약관 ····· 816
6. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 817
7. 전자서명 특별약관 ····· 818
8. 계약분리 특별약관(1종) ····· 819
9. 계약전환 특별약관(1,2종) ····· 820
10. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관 ····· 821
11. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관 ····· 821

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 별표 및 부록

【별표1】 장해분류표 ····· 825
〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 ····· 844
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 845
【별표3】 악성신생물 분류표P ····· 848
【별표4】 제자리신생물 분류표P ····· 849
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P ····· 850
【별표6】 10대고액치료비암 분류표P ····· 851
【별표7】 림프및조혈관련특정암 분류표P ····· 852
【별표8】 카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표P ····· 853

【별표9】 자녀7대암 분류표P ····· 854
【별표10】 소아백혈병 분류표P ····· 855
【별표11】 특정양성뇌종양 분류표P ····· 856
【별표12】 뇌혈관질환 분류표P ····· 857
【별표13】 주요뇌혈관질환 분류표P ····· 858
【별표14】 뇌혈관특정질환 분류표P ····· 858
【별표15】 뇌졸중 분류표P ····· 859
【별표16】 뇌졸중(뇌출혈제외) 분류표P ····· 859
【별표17】 뇌출혈 분류표P ····· 860
【별표18】 신생아뇌출혈 분류표P ····· 860
【별표19】 뇌전증 분류표P ····· 861
【별표20】 허혈성심장질환 분류표P ····· 862
【별표21】 주요허혈성심장질환 분류표P ····· 863
【별표22】 급성심근경색증 분류표P ····· 864
【별표23】 심혈관질환 분류표P ····· 865
【별표24】 심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표P ····· 866
【별표25】 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표P ····· 867
【별표26】 심혈관특정질환Ⅱ 분류표P ····· 868
【별표27】 심근병증 분류표P ····· 869
【별표28】 주요심장염증질환 분류표P ····· 870
【별표29】 급성심장염 분류표P ····· 870
【별표30】 특정심장방실및전도장애 분류표P ····· 871
【별표31】 2대주요기관질병 분류표P ····· 872
【별표32】 경증순환계질환 분류표P ····· 873
【별표33】 중등증순환계질환 분류표P ····· 874
【별표34】 중증순환계질환 분류표P ····· 875
【별표35】 중등증Ⅱ순환계질환 분류표P ····· 876
【별표36】 통합상해분류표P ····· 877
【별표37】 골절(치아파절제외) 분류표P ····· 880
【별표38】 골절 분류표P ····· 881
【별표39】 5대골절 분류표P ····· 882
【별표40】 개방성골절 분류표P ····· 883
【별표41】 성장판부위골절 분류표P ····· 884
【별표42】 특정상해성탈구 분류표P ····· 885

【별표43】 화상 분류표P ····· 886
【별표44】 특정상해성뇌손상 분류표P ····· 887
【별표45】 상해성뇌출혈 분류표P ····· 888
【별표46】 특정상해성뇌출혈 분류표P ····· 888
【별표47】 특정상해성장기손상 분류표P ····· 889
【별표48】 십자인대질환 분류표P ····· 890
【별표49】 아나필락시스 분류표P ····· 891
【별표50】 특정 화상분류표P ····· 892
【별표51】 급여 특정화상처치 분류표 ····· 893
【별표52】 자동차사고 부상등급표 ····· 894
【별표53】 자동차사고 특수골절 부상등급표 ····· 903
【별표54】 폐렴 분류표P ····· 904
【별표55】 특정바이러스폐렴 분류표P ····· 904
【별표56】 천식지속상태 분류표P ····· 905
【별표57】 패혈증 분류표P ····· 906
【별표58】 주요폐질환 분류표P ····· 907
【별표59】 외부요인으로인한폐질환 분류표P ····· 908
【별표60】 급성신부전 분류표P ····· 909
【별표61】 인슐린의존당뇨병 분류표P ····· 910
【별표62】 뇌하수체기능저하 분류표P ····· 911
【별표63】 특정갑상선기능저하증 분류표P ····· 911
【별표64】 뇌성마비 분류표P ····· 912
【별표65】 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표(선천성뇌질환제외)P ····· 913
【별표66】 아토피성피부염 분류표P ····· 914
【별표67】 ADHD(활동성및주의력장애) 분류표P ····· 914
【별표68】 결핵 분류표P ····· 915
【별표69】 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표P ····· 915
【별표70】 수족구병 분류표P ····· 916
【별표71】 수두 분류표P ····· 916
【별표72】 특정전염병 분류표P ····· 917
【별표73】 기흉 분류표P ····· 918
【별표74】 신생아기흉 분류표P ····· 918
【별표75】 골다공증 분류표P ····· 919
【별표76】 연조직염 분류표P ····· 919

【별표77】 대상포진 분류표P ····· 920
【별표78】 대상포진눈병 분류표P ····· 920
【별표79】 통풍 분류표P ····· 921
【별표80】 크론병 분류표P ····· 921
【별표81】 특정정신질환 분류표P ····· 922
【별표82】 특정언어장애 및 말더듬증 분류표P ····· 922
【별표83】 돌발성난청 분류표P ····· 923
【별표84】 특정자가면역질환 분류표P ····· 924
【별표85】 특정천공 분류표P ····· 926
【별표86】 특정천공동반질병 분류표P ····· 927
【별표87】 특정천공동반게실병 분류표P ····· 928
【별표88】 치아파절 및 치아탈구 분류표P ····· 929
【별표89】 특정2대경증질병 분류표P ····· 929
【별표90】 특정4대질병Ⅱ 분류표P ····· 930
【별표91】 특정5대질병 분류표P ····· 931
【별표92】 특정9대질병 분류표P ····· 933
【별표93】 특정10대질병 분류표P ····· 935
【별표94】 1-5종수술 분류표 ····· 937
【별표95】 1-8종수술 및 시술 분류표 ····· 942
【별표96】 1-8종수술 및 시술 분류표Q ····· 963
【별표97】 급여 항암방사선치료 분류표 ····· 989
【별표98】 급여 항암약물 분류표 ····· 991
【별표99】 여성 특정유방질환 분류표P ····· 992
【별표100】 급여 관상동맥성형술 분류표 ····· 993
【별표101】 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표 ····· 994
【별표102】 급여 갑상선절제술 분류표 ····· 995
【별표103】 급여 눈(안와)특정검사 분류표 ····· 996
【별표104】 급여 눈(안와)관련특정처치및수술 분류표 ····· 998
【별표105】 급여 눈(안와)관련특정수술 분류표 ····· 1002
【별표106】 116대질병 분류표P ····· 1005
【별표107】 7대생활질병및치핵 분류표P ····· 1015
【별표108】 7대기관질병 분류표P ····· 1016
【별표109】 호흡기질환 분류표P ····· 1017
【별표110】 피부질환 분류표P ····· 1018

【별표111】 충수염(맹장염) 분류표P ····· 1019
【별표112】 시청각질환 분류표P ····· 1020
【별표113】 희귀난치성질환 분류표P ····· 1021
【별표114】 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표P ····· 1025
【별표115】 어린이주요질환 분류표P ····· 1026
【별표116】 어린이생활질환 분류표P ····· 1027
【별표117】 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표P ····· 1028
【별표118】 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표 ····· 1029
【별표119】 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표 ····· 1031
【별표120】 사시 분류표P ····· 1032
【별표121】 소아탈장 분류표P ····· 1033
【별표122】 특정부인과질병 분류표P ····· 1034
【별표123】 환경성질환 분류표P ····· 1035
【별표124】 독감(인플루엔자) 분류표P ····· 1036
【별표125】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표 ····· 1037
【별표126】 특정뇌및심장질환Ⅱ 분류표P ····· 1038
【별표127】 급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 분류표 1039
【별표128】 급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 분류표 ····· 1042
【별표129】 급여 안면부창상봉합술 분류표 ····· 1043
【별표130】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표 ····· 1044
【별표131】 추간판장애 분류표P ····· 1045
【별표132】 특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 분류표P ····· 1046
【별표133】 특정치료합병증(특정처치중발생) 분류표P ····· 1047
【별표134】 특정쇼크(Shock) 분류표P ····· 1048
【별표135】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 ····· 1049
【별표136】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 ····· 1050
【별표137】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 ····· 1051
【별표138】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 ····· 1052
【별표139】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 ····· 1054
【별표140】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 ····· 1055
【별표141】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술 ····· 1056
【별표142】 학교폭력피해 보호조치 분류표 ····· 1057
【별표143】 임신중독증(자간포함) 분류표 ····· 1058
【별표144】 태반조기박리 분류표 ····· 1058

【별표145】 양수색전증 분류표 ····· 1058
【별표146】 임신 및 출산관련 질환 분류표 ····· 1059
【별표147】 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표 ····· 1059
【별표148】 자궁적출수술 분류표 ····· 1060
【별표149】 다운증후군 분류표P ····· 1061
【별표150】 유산 분류표 ····· 1061
【별표151】 산후우울증 분류표 ····· 1062
【별표152】 특정 신체부위·질병 분류표 ····· 1063

【부록】 약관에서 인용된 법령 ····· 1067

가나다순 특별약관 색인 ····· 1137

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

Ⅰ. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

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

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

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

2. 부활(효력회복)

☑ 부활(효력회복)계약의 암 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 전환계약에서는 부활(효력회복)일로 합니다. 또한 암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여), 암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여), 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여) 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.

☑ 또한, 4대유사암 및 특정유사암의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관, (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 건강보험

☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 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. 태아보험

☑ 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결 시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.

☑ 태아가 다태아로 출생한 경우에 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

☑ 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 그 보장보험료는 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.

☑ 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용하며, 성별은 초회보험료 기준의 성별을 적용합니다. 또한 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산합니다.

☑ 출생 후 피보험자의 성별 및 출생일이 확정된 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.

☑ 위에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급해야 할 금액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

5. 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 이의

를 제기할 수 없습니다.

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

6. 갱신형 보장

☑ 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형), 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형), 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형), 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 및 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 1년만기로, 최초가입(태아의 경우 출생일) 후 1년마다 갱신을 통해 해당 피보험자의 보험나이 20세(선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 및 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관은 해당 피보험자의 보험나이 9세)까지 보장받을 수 있습니다.

☑ 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형), 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형), 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형), 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 및 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관을 제외한 갱신형 특별약관의 보험기간은 5년, 10년, 20년만기 중 하나를 선택하며, 최초가입(태아의 경우 출생일) 후 선택한 보험기간을 갱신주기로 하여 갱신을 통해 보통약관Ⅰ 보험기간 종료일까지 보장받을 수 있습니다. 단, 다음의 특별약관은 제외합니다.

【1종(기본형)】

보통약관Ⅰ 보험기간	보장명	보장종료 나이
100세만기 90세만기 80세만기	영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비Ⅲ(무제한,틀니연간1개한)(상해및질병)(갱신형), 치아보존치료비(크라운연간3개한)(상해및질병)(갱신형),	60세
	시력치료비(1회한)(갱신형), 시력교정비(1회한)(갱신형), 부정교합치료비(1회한)(갱신형), 중증틱장애진단비(갱신형)	20세
	ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형), 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형)	18세
	성조숙증진단비(갱신형)	13세
	특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형)	10세
55세만기	시력치료비(1회한)(갱신형), 시력교정비(1회한)(갱신형), 부정교합치료비(1회한)(갱신형), 중증틱장애진단비(갱신형)	20세
	ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형), 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형)	18세
	성조숙증진단비(갱신형)	13세
	특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형)	10세
30세만기	시력치료비(1회한)(갱신형), 시력교정비(1회한)(갱신형), 부정교합치료비(1회한)(갱신형), 중증틱장애진단비(갱신형)	20세
	ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형), 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형)	18세
	성조숙증진단비(갱신형)	13세
	특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형)	10세
20세만기	ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형), 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형)	18세
	성조숙증진단비(갱신형)	13세
	특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형)	10세

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

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

7. 보험료 납입면제에 관한 사항

【1종(기본형)】

☑ 보통약관Ⅰ의 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우
- "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
- "심혈관질환"으로 진단확정된 경우
- "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우
- "중대한 재생불량성빈혈"로 진단확정된 경우
- "특정상해성뇌출혈"로 진단확정된 경우
- "특정상해성장기손상"으로 진단확정된 경우
- "특정심장방실및전도장애"으로 진단확정된 경우

☑ 다만, 보통약관Ⅰ의 피보험자가 보험료 납입기간 중에 "신생아뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보통약관Ⅰ의 피보험자 본인의 보장보험료 납입이 면제되는 경우 차회 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.

☑ 보통약관Ⅰ의 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 이 때 출생일 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.

☑ 보통약관Ⅰ의 피보험자가 2인 이상인 경우 피보험자별로 보험료 납입면제에 관한 사항을 각각 적용합니다.

☑ 보통약관Ⅰ 부가대상 갱신형 특별약관, 독립특별약관, 보통약관Ⅱ 및 보통약관Ⅱ 부가대상 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

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

☑ 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

☑ 보통약관Ⅰ의 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우
- "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
- "심혈관질환"으로 진단확정된 경우
- "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우
- "중대한 재생불량성빈혈"로 진단확정된 경우
- "특정상해성뇌출혈"로 진단확정된 경우
- "특정상해성장기손상"으로 진단확정된 경우
- "특정심장방실및전도장애"으로 진단확정된 경우

☑ 다만, 보통약관Ⅰ의 피보험자가 보험료 납입기간 중에 "신생아뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보통약관Ⅰ의 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

☑ 보통약관Ⅰ 부가대상 갱신형 특별약관, 독립특별약관, 보통약관Ⅱ 및 보통약관Ⅱ 부가대상 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따

라 해지될 수 있습니다.
☑ 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

【3종(계약전환용)】
☑ 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

Ⅱ. 해약환급금 관련 유의사항

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

【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
- 2종(납입후50%해약환급금지급형) 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우 1종(기본형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 2종(납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형) 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
- 회사는 계약자가 2종(납입후50%해약환급금지급형) 가입시 1종(기본형)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 암 관련 보장
☑ 보험계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 전환계약에서는 보험금을 지급합니다. 또한 암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여), 암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여), 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여) 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.
또한, 4대유사암 및 특정유사암으로 진단받은 경우에도 보험금을 지급하며 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관, (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.
☑ 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
☑ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 분류표의 분류번호 C77~C80)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 특정질병 관련 보장
☑ 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병에 한하여 보험금을 지급합니다.

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

4. 입원 관련 보장

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

5. 상해 관련 보장

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

6. 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

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

주요내용 요약서

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

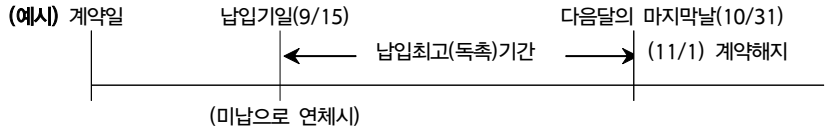
2. 청약철회
1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며 '인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
2) 1)에도 불구하고, 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이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

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

4. 계약의 무효(신체관련)
다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며, 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2) 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3) 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

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



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

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

8. 중도인출(1종(기본형) 가입시에 한함)

회사는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 보통약관Ⅰ의 적립부분 해약환급금(단, 피보험자가 태아인 경우 출생일 이후 적립부분 해약환급금으로 합니다. 또한, 보통약관Ⅰ의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관Ⅰ의 해약환급금을 한도로 하며, 이 보험의 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우 그 원금과 이자합계액을 공제한 금액을 기준으로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총 합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 한도로 합니다.

※ 중도인출시 만기(해약)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

9. 계약 전·후 알릴 의무

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

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

야 합니다.

10. 보험금의 지급절차

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

11. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1) 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2) 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

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

보험금 청구 구비서류 안내

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

1. 상해 관련 보험금 청구서류

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

구분	구비서류	발급기관
	의 확인방법)	
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급 담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) • 운동장해(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정)(【부록】 참조)에 따라 장해평가시점의 운동가능영역(각도)을 측정한 후유장해진단서 • 신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해 • 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부	병원 (종합 병원)
상해입원비	○ (택1) **입퇴원 확인서** 또는 **진단서**(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간이 모두 기재된 서류)	병원
수술비용	○ (택1) **수술확인서** 또는 **진단서 등**(진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자가 모두 기재된 서류)	병원
골절진단비	○ (택1) **진단서** 또는 **진료확인서**(확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류)	병원
화상진단비	○ **진단서**(확정진단명, 한국질병분류코드, 심재성 여부 필수 기재)	병원
화상진단비 (표재성포함2도이상, 연간1회한)	○ **진단서**(확정진단명, 한국질병분류코드, 화상 정도 기재)	병원
강력범죄 발생금	① 사건·사고사실확인원 ② 상해 또는 사망진단서 ③ 치료 관련 영수증 및 진료기록부	경찰서 병원
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용시 가족관계증명서 필요)	소방서
눈(안와)관련특정처치 및 수술비	○ 진료비세부내역서(“건강보험보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)”필수기재) ○ 진단서(진단명, 한국질병분류코드 필수기재) 등	병원
눈(안와)특정 검사비	○ 진료비세부내역서(“건강보험보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)”필수기재) ○ 진단서(진단명, 한국질병분류코드 필수기재) 등	병원

2. 질병 관련 보험금 청구서류

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

구분	구비서류		발급기관
	• 간 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT 등) 및 혈액검사 결과지		
뇌질환 진단비	① **진단서** ② **정밀검사 판독결과지** (당사 홈페이지 또는 고객상담센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트)		병원
심장질환 진단비	① **진단서** ② **정밀검사 판독결과지** (당사 홈페이지 또는 고객상담센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트)		병원
질병입원비	○ (택1) **입퇴원 확인서** 또는 **진단서**(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재)		병원
수술비용	질병수술비	① (택1) 수술확인서 또는 진단서 등(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)	병원
	특정질병수술비	① 진단서(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재) ② (택1) 수술기록지 또는 수술확인서(진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출) ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가 요청 가능	
암치료	특정 재활치료	① 진단서 ② 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재) ③ 진료기록부	병원
	표적항암약물 허가치료	① 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	병원
	특정항암호르몬 약물허가치료	① 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	병원
	카티항암약물 허가치료비	① 카티항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	병원
신생아 입원비, 저체중아 육아비용	① (택1) 출생증명서 또는 가족관계증명서 ② 진단서 [단, 50만원 이하 시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] ③ 입원확인서(인큐베이터 사용시 해당기간 반드시 기재)		병원
유산	○ 진단서		병원
사산	○ 사산증명서		병원
치아보험	① 치과치료확인서 - 진료된 치아의 위치 또는 치아번호		당사양식 병원

구분	구비서류	발급기관
	– 직접적 치아의 치료원인(또는 발거원인) – 진료내용 – 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시) ② 치과진료기록 사본 – 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마 사진)	
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용시 가족관계증명서 필요)	소방서
수혈 치료비	○ 진료비세부내역서("건강보험보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수기재) ○ 진단서(진단명, 한국질병분류코드 필수기재) 등	병원
눈(안와)관련특정처치 및 수술비	○ 진료비세부내역서("건강보험보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)"필수기재) ○ 진단서(진단명, 한국질병분류코드 필수기재) 등	병원
눈(안와)특정 검사비	○ 진료비세부내역서("건강보험보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)"필수기재) ○ 진단서(진단명, 한국질병분류코드 필수기재) 등	병원

3. 상해 및 질병 관련 보험금 청구서류

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

4. 교통사고 관련 보험금 청구서류

구분	구비서류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 자동차사고 입증서류(아래 담보별 서류 참조)	당사양식 관공서
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
공통서류	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	당사양식 관공서
사망	필수서류	(택1) ○ 사망진단서(시체검안서) 원본 ○ 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
사망	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법)	관공서
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) • 운동장해(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(【부록】 참조)에 따라 장해평가시점의 운동가능영역(각도)을 측정한 후유장해진단서 • 신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해 • 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부		병원 (종합 병원)
입원 일당	자동차 보험 처리	○ 자동차보험지급결의서(당사처리건은 생략가능) ※ 지급결의서와 입원기간 상이할 경우 입퇴원확인서 추가 제출	자동차 보험 처리회사
	자동차	① 경찰서 신고시 교통사고사실확인원	경찰서,

구분	구비서류		발급기관
	보험 미처리	② (택1) 경찰서 미신고시 초진기록지 또는 의무기록사본 (사고내용 증빙서류) ③ (택1) 진단서 또는 입퇴원확인서 (진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재) ④ 치료비영수증, 진료비세부내역서	병원
자동차사고 부상발생금	사고증명서 ① 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서류 ② 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 : 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등) 및 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)		보험사 경찰서 병원

5. 비용손해 관련 보험금 청구서류

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

6. 배상책임 관련 보험금 청구서류

구분	구비서류		발급기관
공통서류	필수서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 합의서(당사자간 합의 완료시 합의금 지급 확인서)	당사양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사	

구분	구비서류		발급기관
		표시의 확인방법 ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	
	피해자 요청서류	• 개인(신용)정보처리동의서(미성년자인 경우 부모(법정 대리인)이 작성) • 주민등록 등본	
대인배상	○ 진단서(진료확인서) ○ 초진진료기록지 ○ 치료비영수증		병원
대물배상	○ 피해물품의 사진 ○ 사고피해물품의 구입시기/가격의 증빙서류 ○ 수리비 견적서 ○ 수리비 영수증		구입처 수리업자

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

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

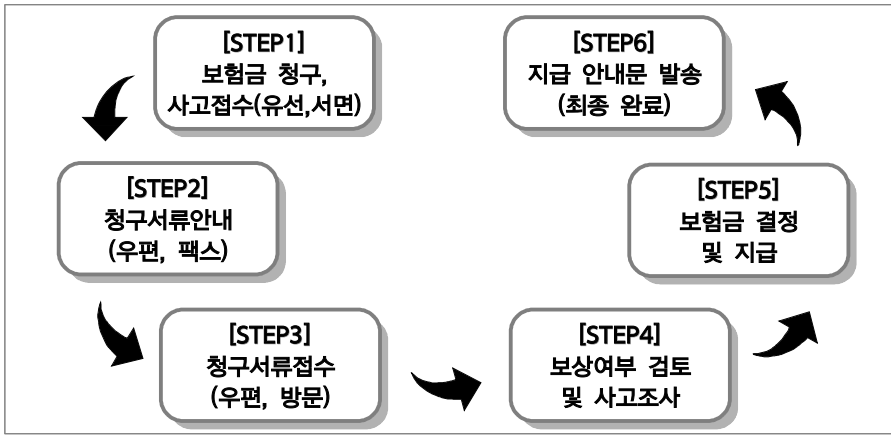
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

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

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험㈜에 접수되는 경우 접수완료와 담당자 사항(이름, 연락처)을 LMS 문자 또는 선택하신 방법으로 각각 안내 드립니다.
- 보상처리 관련 문의 사항 및 서류 발송하기 전 문의 사항이 있으신 경우 해당 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 *손해사정법인에 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
  * 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정법인에 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님이 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님께서 부담하셔야 합니다.

□ 장해진단서 제출 시 유의사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 *3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

* 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ **의료심사**

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

□ **보험사간 치료비 분담지급(비례보상 적용)**

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상 원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다

□ **보험금 지급안내 및 절차 조회 방법**

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내 됩니다. 문의사항이 있으시면 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ **보험금 부지급 결정 및 재심사 청구**

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

□ **예상 지급기일 및 지연이자 지급**

- 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일, 재물 및 배상책임 손해에 대한 보험금은 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대해 안내하여 드립니다.
  만일, 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

□ **주소변경 통지**

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

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

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

☞ 약관 ***"약관교부 및 설명의무 등"*** 조항 참조

⬇

[2단계] 청약서 작성

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

✔ 계약 전 알릴 의무

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

✔ 피보험자 서면동의

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

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

⬇

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

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

☞ 약관 ***"보험계약의 성립"*** 조항 참조

⬇

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품 약관상의 보험사고가 발생하셨다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하시고 보험금을 청구하세요. 구비서류 및 청구절차는 고객상담센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다.

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

⬇

[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

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

☞ 약관 ***"보험금의 지급절차"*** 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 상해급수 변경으로 인한 보험가입금액 변동

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

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

□ 계약 전 알릴 의무 I

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

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

□ 계약 전 알릴 의무 II

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

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

□ 알릴의무 위반으로 인한 보험해지

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

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

□ 모집인에게 구두로 계약 전 알릴사항을 전달한 경우

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

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

□ 요청한 내용과 다른 보험 가입

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

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

□ 보험 유형 착오 선택

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

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

□ 미성년자의 보험금 청구

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

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

□ 진단 근거에 대한 주치의 소견 확인

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

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

□ 보험해지 후 부활시 면책기간 적용

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

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

□ 보장제한부 인수 특별약관의 설정 해제

[사례] 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관으로 인해 특정 부위에 대하여 전기간 부담보 설정하고 5년 경과하였으나 보험증권 상 해제되지 않음

☞ 보험계약 청약일부터 5년이 지나는 동안 약관에서 정한 조건에 부합하면 보험증권 해제 여부와 상관없이 보장합니다.

주요 보험용어 해설

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

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서	
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람	
피보험자	질병·상해 보장	보험사고의 대상이 되는 사람
	배상책임 보장	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)
	비용손해 보장	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금, 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 질병·상해 보장 이외의 경우에는 피보험자	
보험료	계약자가 계약에 따라 보험회사에 지급하여야 하는 금액	
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액	
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간	
보장개시일	보험회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 보험회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따름.	
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액	
계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액	
해약환급금	보험계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액	
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생전자녀가입 특별약관을 부가하고, 출생 후 피보험자가 될 사람	
임신부	출생 후 피보험자가 될 태아를 임신하고 있는 여성	
출생일	피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생일로서 주민등록번호 앞의 6자리 숫자를 기준으로 함.	
출생예정일	보험계약체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일	
태아보장기간	계약체결일부터 태아의 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간. 단, 출생전자녀가입 특별약관 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하기 전에는 계약체결일부터 출생예정일까지의 기간을 말함.	
태아위험보장	계약자가 태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 회사는 계약일부터 출생시점까지 발생하는 태아의 위험을 보장하는 것을 말함. 따라서 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보험금을 지급함.	

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 보통약관 I

※ 1,2종은 최초 가입하는 계약에 적용하며, 3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는 계약에 적용합니다.

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

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

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

용어	정의	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.	
피보험자	질병·상해 보장	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
	배상책임 보장	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
	비용손해 보장	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금, 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.	
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며,출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.	
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.	
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.	
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.	
보험가입금액	보험금, 보험료 및 해약환급금 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.	
전환계약	계약전환 특별약관에 의해 체결되는 계약을 말합니다.	
태아보장기간	계약체결일부터 태아의 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다. 단, 출생전자녀가입 특별약관 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하기 전에는 계약체결일부터 출생예정일까지의 기간을 말합니다.	
태아위험보장	계약자가 태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 회사는 계약일부터 출생시점까지 발생하는 태아의 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보험금을 지급합니다.	

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
장해	장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2025년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

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

【1종(기본형)】
보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료
적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료
【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 및 【3종(계약전환용)】
보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

6 피보험자의 범위
【1종(기본형)】 및 【3종(계약전환용)】
1. 보통약관 I 의 피보험자는 아래의 사람 중 보험증권에 기재된 자로 합니다.
   가. 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다)
   나. 본인의 주민등록상에 기재된 형제(자매)
2. 제1호의 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 최초 계약 체결 당시의 관계를 말합니다.
【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1. 보통약관 I 의 피보험자는 피보험자 본인으로 보험증권에 기재된 자를 말합니다.
7 기타 관련 용어
【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 및 【3종(계약전환용)】

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

제2관. 보험금의 지급

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

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

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

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

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

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

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

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

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

6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 보통약관 제41조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분재조정위원회를 말합니다.

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

5 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

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

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

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

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

제9조(공시이율의 적용 및 공시)

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

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

3 이 계약의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

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

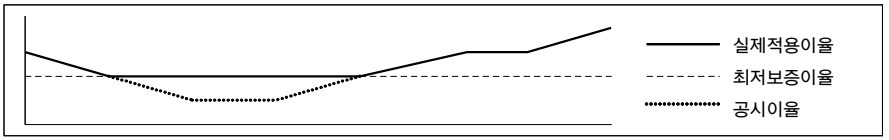
[사업방법서]
회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험가입금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

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

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

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

☞ 최저보증이율 적용 예시



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

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

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

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

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

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

【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 및 【3종(계약전환용)】
이 상품은 순수보장성 보험으로 계약자는 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)
【1종(기본형)】
1 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니

다)부터 공시이율로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감하고 지급합니다. 또한 이 약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고, 피보험자가 태아인 경우에는 태아보장기간동안 납입한 적립보험료의 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 태아보장기간이 끝난 때(태아보장기간이 끝나기 전에 출생통지를 하는 경우 출생통지일)에 태아기간 적립환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때, 제1항의 만기환급금은 태아보장기간 이후 납입한 적립보험료에 대하여 적용합니다.

3 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 의한 만기환급금 및 제2항에 의한 태아기간 적립환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

4 회사는 제1항에 따른 만기환급금 및 제2항에 의한 태아기간 적립환급금의 지급기일이 되면 지급기일 7일 이전에 지급사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 지급기일부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 및 【3종(계약전환용)】

이 상품은 순수보장성 보험으로 회사는 보험수익자에게 태아기간 적립환급금 및 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

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

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

제14조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급) 제1항 및 제2항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

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

제15조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

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

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

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

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

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

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

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

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

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

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

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

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

[비례보상 예시]

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 $\times \frac{0.3}{0.5}$ = 6천만원

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

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을

고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

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

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

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

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

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

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

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

제19조(사기에 의한 계약)

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

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

제4관. 보험계약의 성립과 유지

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

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

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

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

제21조(청약의 철회)

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

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

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

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

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

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

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

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

[약관의 중요한 내용]
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
· 고지의무 위반의 효과
· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해약환급금에 관한 사항
· 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신 되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

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

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

제23조(계약의 무효)
회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명

시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

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

제24조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
다만, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】으로 체결한 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

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

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

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

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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

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

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

제25조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의

경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 2015년 7월 2일, 계약일 : 2025년 1월 10일
⇒ 2025년 1월 10일 - 2015년 7월 2일 = 9년 6개월 8일 = 10세

제26조(계약의 소멸)
1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

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

4 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 다만, "강력범죄발생금 특별약관"은 해당 특별약관을 따릅니다.
5 제1항 및 제4항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
6 제1항 및 제5항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에

도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 【3종(계약전환용)】의 보장개시일은 "전환전 계약"의 보험기간 종료일로 합니다.

제28조(제2회 이후의 보험료 납입)

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

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

제29조(보험료의 납입면제)

보험료의 납입면제는 계약에 따라 다음을 따릅니다.

구분	납입면제의 적용
1종(기본형) 및 2종(납입후50%해약환급금지급형)	제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
3종(계약전환용)	이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

보험료의 납입면제에 관한 세부규정은 계약에 따라 다음을 따릅니다.

구분	납입면제의 적용
1종(기본형) 및 2종(납입후50%해약환급금지급형)	제3절. 납입면제조항 제11조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정), 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정), 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.
3종(계약전환용)	이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

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

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이

해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

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

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

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

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

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

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

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

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

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

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

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부

활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유료 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

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

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

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

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

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

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

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

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

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

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

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

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

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

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

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

제35조의2(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

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

제36조(중대사유로 인한 해지)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

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

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

제37조(회사의 파산선고와 해지)
1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)
1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]
1. 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 【1종(기본형)】 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 2종(납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
2. 회사는 계약자가 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 가입시 【1종(기본형)】의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표2】 참조)에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

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

제39조(보험계약대출)

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

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

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

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

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

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

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

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

[소멸시효의 완성]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2025년 1월 1일에 발생하였음에도 2028년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

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

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

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

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

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

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

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

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

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

제47조(개인정보보호)

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

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

제2절. 보장조항

상해후유장해(3-100%), 상해후유장해(3-100%)(태아보장용) 보장

※ 상기의 보장 중에서 해당 보장에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

제3절. 납입면제조항

※ 【1종(기본형)】 또는 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 가입시에만 적용합니다. 【3종(계약전환용)】 가입시에는 해당 납입면제조항을 적용하지 않습니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

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

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

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

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 계약의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서

화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“심혈관질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “심혈관질환”이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “심혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“특정양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “특정양성뇌종양”이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표P(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

2 “특정양성뇌종양”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 “특정양성뇌종양”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“중대한 재생불량성빈혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “중대한 재생불량성빈혈”이라 함은 “영구적인 재생불량성빈혈”로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 “영구적인 재생불량성빈혈”이라 함은 만성 골수부전상태로서 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 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 “재생불량성빈혈”은 보장에서 제외됩니다.

4 “중대한 재생불량성빈혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 진단검사의학 또는 진단혈액학 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중대한 재생불량성빈혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

등을 기초로 하여야 합니다.

제7조("특정상해성장기손상"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "특정상해성장기손상"이라 함은 특정상해성장기손상 분류표P(【별표47】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정상해성장기손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제8조("특정심장방실및전도장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정심장방실및전도장애"라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

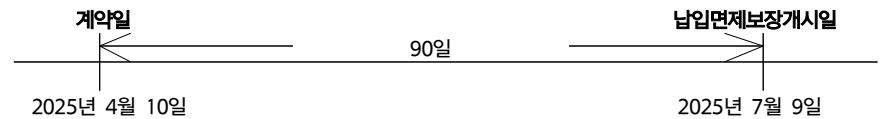
2 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 핵의학 검사, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장방실및전도장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)

1 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 납입면제보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 납입면제보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



2 해지계약을 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"에 대한 납입면제보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제10조(보험료의 납입면제)

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

1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "상해50%이상후유장해"라 합니다)
2. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)
3. 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 납입면제보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우
4. "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
5. "심혈관질환"으로 진단확정된 경우

6. “특정양성뇌종양”으로 진단확정된 경우
7. “중대한재생불량성빈혈”로 진단확정된 경우
8. “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우
9. “특정상해성장기손상”으로 진단확정된 경우
10. “특정심장방실및전도장애”으로 진단확정된 경우

2 제1항에 따른 보장보험료 납입면제 대상이 피보험자 본인인 경우에는 차회 이후의 적립보험료 납입이 중지됩니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 이 때 출생일 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

4 제1항 및 제3항에도 불구하고, 독립특별약관, 갱신형 특별약관, 보통약관Ⅱ 및 보통약관Ⅱ 부가대상 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

6 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제11조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 제9조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

제11조의2(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

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

4 계약자와 회사가 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

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

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

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

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

제11조의3(“질병50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

4 계약자와 회사가 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

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

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

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 특별약관 (보통약관Ⅰ 부가대상)

1. 상해관련 특별약관

※ 보통약관Ⅰ에 부가가능한 특별약관입니다.
1,2종은 최초가입하는 계약에 적용하며,
3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는 계약에 적용합니다.

1-1. 상해사망 특별약관, 상해사망(연만기) 특별약관(1,2종), 상해사망(갱신형) 특별약관(1종)

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

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

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

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

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

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고, 상해사망(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

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

1-2. 교통상해사망 특별약관, 교통상해사망(연만기) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "교통사고"에 의한 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "교통사고"라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.

교통사고의 범위	피보험자가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우	피보험자가 비운전자인 경우
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고	보장대상	해당없음
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고	보장대상	보장대상
3. 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고	보장대상	보장대상

3 제2항의 "자동차"라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 "9종 건설기계"라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

4 제2항의 "기타교통수단"이라 함은 다음 중 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. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

5 제2항의 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

3 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단 탑승(운전을 포함합니다)
2. 하역작업
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

4 피보험자가 비운전자인 경우 회사는 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-3. 상해50%이상후유장해 특별약관, 상해50%이상후유장해(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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

제6조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
【3종(계약전환용)】
이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에

서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제6조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3(“질병50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

1-4. 통합상해진단비Ⅱ(상해부위별연간1회한) 특별약관

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

제1조(“상해사고”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “상해사고”라 함은 통합상해분류표P(【별표36】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “상해사고”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사는 “상해사고”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “상해사고”로 진단확정된 경우에는 세부보장("경증상해", "중등증상해", "중증상해")의 부위별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금

액을 통합상해진단비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

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

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

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-5. 골절(치아파절제외)진단비 특별약관, 골절(치아파절제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표P(【별표37】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 골절(치아파절제외)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)진단비를 지급합니다.

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

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

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

1-6. 골절(치아파절포함)진단비 특별약관, 골절(치아파절포함)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절 분류표P(【별표38】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 골절(치아파절포함)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절포함)진단비를 지급합니다.

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

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

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

1-7. 5대골절진단비 특별약관, 5대골절진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표P(【별표39】 참조)에서 정한 5대골절(이하 "5대골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 5대골절진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제3조(특별약관의 보험기간)

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

제4조(준용규정)

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

1-8. 개방성골절진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 개방성골절 분류표P(【별표40】 참조)에서 정한 "개방성골절"로 진단확정을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 개방성골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 개방성골절진단비는 "개방성골절"의 직접적인 원인 및 부위에 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제3조(특별약관의 보험기간)

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

제4조(준용규정)

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

1-9. 특정상해성탈구진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정상해성탈구 분류표P(【별표42】 참조)에서 정한 탈구로 진단확정을 받은 경우(이하 "특정상해성탈구"라 합니다), 연간 1회에 한하여 보험가입금액을

보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 특정상해성탈구진단비는 "특정상해성탈구"의 직접적인 원인 및 탈구 부위에 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.
4 제1항의 특정상해성탈구는 선천탈구 및 재발성탈구는 포함하지 않습니다.

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

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

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

1-10. 성장판손상골절진단비 특별약관(1,2종), 성장판손상골절진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("성장판부위골절"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "성장판부위골절"이라 함은 성장판부위골절 분류표P(【별표41】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "성장판손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 X-ray, CT, MRI 등 영상검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "성장판부위골절"로 진단확정되고, 동일 부위에 "성장판 손상"에 대한 의사의 진단이 있는 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 성장판손상골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 성장판부위골절이 발생하고 성장판손상이 있는 경우에는 1회에 한하여 성장판손상골절진단비를 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항의 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

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

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서
   가. 진단서(Salter-Harris 분류에 따른 손상 Type 기재 등)
   나. 골절 촬영 영상 사진 또는 이에 준하는 판독자료
   다. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-11. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 화상진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
3 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표P(【별표43】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

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

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

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

1-12. 화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 화상진단비는 화상진단의 직접적인 원인 및 부위에 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지

않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표P(【별표43】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 표재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
4 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음의 상병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 머리 및 목의 1도 화상 및 부식(T20.1, T20.5)
2. 몸통의 1도 화상 및 부식(T21.1, T21.5)
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 1도 화상 및 부식(T22.1, T22.5)
4. 손목 및 손의 1도 화상 및 부식(T23.1, T23.5)
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 1도 화상 및 부식(T24.1, T24.5)
6. 발목 및 발의 1도 화상 및 부식(T25.1, T25.5)
7. 1도 화상의 언급만 있는 여러 신체 부위의 화상(T29.1)
8. 1도 부식의 언급만 있는 여러 신체 부위의 부식(T29.5)
9. 상세불명 신체부위의 1도 화상 및 부식(T30.1, T30.5)

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-13. 중증화상및부식진단비 특별약관

제1조("중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 정의 및 진단 확정)
1 이 특별약관에서 "중증 화상 및 부식"이라 함은 "9의 법칙(Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체표면적 차트(Lund & Browder chart)"에 따라 측정된 신체표면적의 최소 20% 이상에 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다. 또한 "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체표면적 차트" 측정법처럼 표준화된 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우도 인정합니다.
2 "중증 화상 및 부식"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "중증 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 판단하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[부식] 화학약품 등에 의한 피부 손상을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 "중증 화상 및 부식"으로 진단확정을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "중증 화상 및 부식"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중증화상및부식진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액

과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증화상및부식진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

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

1-14. 상해12대장애진단비 특별약관(1,2종)

제1조("12대장애인"의 정의)

이 특별약관에서 "12대장애인"이라 함은 「장애인복지법 시행령」 제2조(장애의 종류 및 기준)(【부록】 참조)에서 정한 기준에 부합하는 지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인 또는 호흡기장애인으로서 「장애인복지법」 제32조(장애인 등록) 제1항(【부록】 참조)에 따라 장애인등록증을 받은 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 「장애인복지법 시행령」 제2조(장애의 종류 및 기준)(【부록】 참조)에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애(이하 "12대장애"라 합니다) 중 하나 이상의 장애(자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, "12대장애인"이 된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해12대장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자의 장애 상태가 확정되기 전에 이 특별약관의 보험기간이 종료된 경우에는 상해 발생일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」에 정한 장애판정시기에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다.

2 피보험자에게 12대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 “12대장애인”이 된 경우에도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
7. 피보험자의 출생 과정에서 발생한 원인으로 인한 장애 발생

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해12대장애진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-15. 특정상해성뇌손상진단비 특별약관

제1조(“특정상해성뇌손상”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정상해성뇌손상”이라 함은 특정상해성뇌손상 분류표P(【별표44】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “특정상해성뇌손상”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “특정상해성뇌손상”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성뇌손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “특정상해성뇌손상”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정상해성뇌손상진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정상해성뇌손상진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정상해성뇌손상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제7호 및 제9호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이

후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)], 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

1-16. 특정상해성뇌출혈진단비 특별약관, 특정상해성뇌출혈진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("특정상해성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성뇌출혈"이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

제2조(보험금의 지급사유)

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제7호 및 제9호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

1-17. 특정상해성장기손상진단비 특별약관, 특정상해성장기손상진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("특정상해성장기손상"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성장기손상"이라 함은 특정상해성장기손상 분류표P(【별표47】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정상해성장기손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 "특정상해성장기손상"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성장기손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제8호 및 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제8호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

1-18. 응급의료아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("아나필락시스"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "아나필락시스"라 함은 아나필락시스 분류표P(【별표49】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "아나필락시스"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 "아나필락시스"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("응급실"의 정의)
이 특별약관에서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 응급실에 내원하여 "아나필락시스"로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 응급의료아나필락시스진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 응급의료아나필락시스진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 응급실에 내원하여 "아나필락시스" 진단확정일로 합니다.
4 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "아나필락시스"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항에 해당하는 경우에 한하여 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다.
5 피보험자가 응급실에 내원하던 도중 사망하는 경우에도 "아나필락시스"를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 응급실에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제4항을 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 "응급실"이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(응급실기록지 사본, 의사소견서 또는 진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본

인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-19. 상해수술비Q 특별약관, 상해수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

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

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

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

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

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

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

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

제2조(보험금의 지급사유)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

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

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)

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

1-20. 상해수술비Q(치아파절및치아탈구제외) 특별약관, 상해수술비Q(치아파절및치아탈구제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

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

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

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

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

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

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

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

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(단, 치아파절 및 치아탈구는 제외합니다. 이하 같습니다.)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "치아파절 및 치아탈구"란 치아파절 및 치아탈구 분류표P(【별표88】 참조)에서 정한 "치아파절" 및 "치아탈구"를 말합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2 회사는 다음의 상병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 치아파절 및 치아탈구 분류표P(【별표88】 참조)에서 정한 "치아파절" 및 "치아탈구"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
(다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)

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

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

1-21. 상해종합병원수술비Q 특별약관, 상해종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

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

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

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

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

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

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 상해종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해종합병원수술비를 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
   (다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)

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

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10

조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-22. 상해상급종합병원수술비Q 특별약관, 상해상급종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

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

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

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

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

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

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

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

제3조(보험금의 지급사유)

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

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

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

1-23. 상해1-5종수술비ⅢQ 특별약관, 상해1-5종수술비ⅢQ(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

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

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

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

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

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

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

수술의 종류	지급금액
1종	상해1-5종수술비Ⅲ Q(1종)[주1]의 보험가입금액
2종	상해1-5종수술비Ⅲ Q(2종)[주2]의 보험가입금액
3종	상해1-5종수술비Ⅲ Q(3종))[주3]의 보험가입금액
4종	상해1-5종수술비Ⅲ Q(4종)[주4]의 보험가입금액
5종	상해1-5종수술비Ⅲ Q(5종)[주5]의 보험가입금액

주1) 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(1종), 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(1종)(태아보장용)
주2) 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(2종), 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(2종)(태아보장용)
주3) 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(3종), 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(3종)(태아보장용)
주4) 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(4종), 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(4종)(태아보장용)
주5) 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(5종), 상해1-5종수술비Ⅱ Ⅲ Q(5종)(태아보장용)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

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

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

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

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

1-24. 상해1-5종수술비IVQ(수술1회당) 특별약관, 상해1-5종수술비IVQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

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

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

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

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

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해1-5종수술비IVQ(수술1회당) 특별약관

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

2. 상해1-5종수술비IVQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관

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

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인

경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

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

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

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

1-25. 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)

제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술 및 시술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "수술 및 시술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)"중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
7. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
8. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
9. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
10. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 상해1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술 종류	지급금액
1종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)의 보험가입금액
2종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)의 보험가입금액
3종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)의 보험가입금액
4종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)의 보험가입금액
5종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)의 보험가입금액
6종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)의 보험가입금액
7종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)의 보험가입금액
8종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 상해1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 상해1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다. **[예시]** 피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해1-8종수술비를 지급합니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시] 자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다. ·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38) ·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 상해1-8종수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 상해1-8종수술비를 각각 지급합니다.

7 "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-26. 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(1종)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(2종)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(3종)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(4종)

- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(5종)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(6종)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(7종)
- 상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(8종)

제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술 및 시술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "수술 및 시술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)"중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선

치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
7. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
8. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
9. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
10. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 상해1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술종류	지급금액
1종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(1종)의 보험가입금액
2종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(2종)의 보험가입금액
3종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(3종)의 보험가입금액
4종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(4종)의 보험가입금액
5종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(5종)의 보험가입금액
6종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(6종)의 보험가입금액
7종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(7종)의 보험가입금액
8종	상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장)(8종)의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 상해1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 상해1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.
[예시]
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해1-8종수술비를 지급합니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시]
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.
·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 상해1-8종수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 상해1-8종수술비를 각각 지급합니다.

7 "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-27. 골절수술비Q 특별약관, 골절수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

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

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

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

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

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

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

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

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절 분류표P(【별표38】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 골절수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
(다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)

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

1-28. 5대골절수술비Q 특별약관, 5대골절수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

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

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

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

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

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표P(【별표39】 참조)에서 정한 5대골절(이하 "5대골절"이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 5대골절수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 5대골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)

2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
(다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.)

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

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

1-29. 화상수술비Q 특별약관

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

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

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

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

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

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상을 입고 그 직접적인 치료

를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 화상수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 화상수술비를 지급합니다.
3 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표P(【별표43】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
(다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급 사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.)

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

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

1-30. 특정화상처치비(연간5회한,급여) 특별약관

제1조("급여 특정화상처치"의 정의)
1 이 특별약관에서 "급여 특정화상처치"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 특정화상처치"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 특정화상처치 분류표(【별표51】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 특정화상처치 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.
2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정화상처치 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정화상처치 인정기준"을 따릅니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정화상처치" 외에 "급여 화상처치 인정기준"에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("통원"의 정의 및 장소)
2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 특정화상 분류표P(【별표50】 참조)에서 정한 화상을 입고 그 치료를 목적으로 입원 중에 "급여 특정화상처치"를 받은 경우(이하 "급여 입원 화상처치"라 합니다.) 또는 통원하여 "급여 특정화상처치"를 받은 경우(이하 "급여 외래 화상처치"라 합니다.) 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정화상처치비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 특정화상처치비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 "급여 입원 화상처치" 또는 "급여 외래 화상처치"를 합산하여 연간 5회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제3항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 특정화상처치"를 받은 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 다음 각 호의 경우에는 "급여 입원 화상처치"와 "급여 외래 화상처치" 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 "급여 입원 화상처치"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "급여 외래 화상처치"를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 "급여 외래 화상처치"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "급여 입원 화상처치"를 받은 경우

[예시1]
병원에 통원하여 「화상처치-9%이하의 범위[수족지, 안면, 경부, 성기를 포함하는 경우](N0011)」, 「화상처치-열탕, 화염, 동상, 화학화상 등의 경우-하지의1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위[10%~18%의 범위](N0053)」, 「화상처치-전기화상의 경우(기타)(N0058)」를 모두 동일한날에 받은 경우
⇒「보험가입금액×1회」에 해당하는 보험금 지급(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

[예시2]
병원에 통원하여 「화상처치-9%이하의 범위[수족지, 안면, 경부, 성기를 포함하는 경우](N0011)」를 받고, 그 날 병원에 입원하여 「화상처치-열탕, 화염, 동상, 화학화상등의 경우-하지의1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위[10%~18%의 범위](N0053)」와 「화상처치-전기화상의 경우(기타)(N0058)」를 받은 경우
⇒「보험가입금액×2회」에 해당하는 보험금 지급(외래 1회 + 입원 1회. 단, 입원 및 통원을 합산하여 연간 5회 한도로 함)

[예시3]
연간 1년내에 병원에 입원하여 15일에 해당하는 급여 특정화상처치를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 10일에 해당하는 급여 특정화상처치를 받은 경우
⇒「보험가입금액×5회」에 해당하는 보험금 지급(25회(입원 15회와 외래 10회를 더한 값) 처치를 받았으나, 입원 및 통원을 합산하여 연간 5회 한도로 함)

2 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가

선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-31. 상해흉터복원수술비Ⅱ 특별약관

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

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

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

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

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

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 흉터나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 직접적인 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 성형수술을 받은 것으로 봅니다.

구분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1㎝당 20만원	수술 1㎝당 10만원(단, 3㎝ 이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술㎝는 최장직경으로 합니다.

2 제1항에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 1,000만원을 한도로 지급합니다. 다만, 같은 부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항에서 정한 안면부, 상지, 하지는 다음과 같습니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 어깨관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 엉덩이관절 이하의 대퇴부, 하퇴부, 족부를 말합니다. 다만, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)

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

1-32. 상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관, 상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관(태아보장용)(1,2종)

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

제1조("수술"의 정의 및 장소)

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

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

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

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

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

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

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 상해성뇌출혈 분류표P(【별표45】 참조)에서 정한 상해성뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 천공술(두개골에 구멍이나 창을 내는 수술)을 시행한 경우는 수술로 인정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 상해성뇌출혈 분류표P(【별표45】 참조)에서 정한 상해성뇌출혈로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해성뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

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

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

1-33. 십자인대질환수술비(연간1회한,급여) 특별약관(1종)

제1조("십자인대질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "십자인대질환"이라 함은 십자인대질환 분류표P(【별표48】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "십자인대질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "십자인대질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("급여 십자인대수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 십자인대수술"은 "십자인대질환"을 원인으로 행해진 것으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 십자인대수술"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 십자인대수술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
십자인대성형술	N0880
십자인대성형술 - 복잡	N0881
십자인대접합술	N0890

[급여 십자인대수술]
넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎관절 안에 위치한 전방십자인대 또는 후방십자인대가 파열되어 십자인대를 접합, 성형 또는 재건하는 수술을 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 십자인대수술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 십자인대수술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 십자인대수술" 외에 "급여 십자인대수술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "십자인대질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "급여 십자인대수술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 십자인대수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 십자인대수술비는 "급여 십자인대수술"의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 십자인대수술"을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의

치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

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

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

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

1-34. 골절(치아파절제외)깁스치료비 특별약관, 골절(치아파절제외)깁스치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표P(【별표37】 참조)에서 정한 골절로 진단확정을 받고 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 골절(치아파절제외)깁스치료비는 같은 상해로 인하여 "깁스(Cast)치료"를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)깁스치료비를 지급합니다.
3 이 특별약관에서 "깁스(Cast)치료"라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음, 굳어지게 하는 치료법을 말합니다. 다만, "부목(Splint cast)치료"는 "깁스(Cast)치료"에 포함되지 않습니다.
4 이 특별약관에서 "부목(Splint cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법을 말합니다.

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

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

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-35. 골절(치아파절제외)부목치료비 특별약관, 골절(치아파절제외)부목치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표P(【별표37】 참조)에서 정한 골절로 진단확정을 받고 "부목(Splint Cast)치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)부목치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 골절(치아파절제외)부목치료비는 같은 상해로 인하여 "부목(Splint Cast)치료"를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 "부목(Splint Cast)치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)부목치료비를 지급합니다.

3 이 특별약관에서 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법을 말합니다. 다만, sling, brace 등 치료 보조목적으로 사용되는 보조기는 "부목(Splint Cast)치료"에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제3조(특별약관의 보험기간)

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

제4조(준용규정)

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

1-36. 상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관, 상해입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)

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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

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

1-37. 상해입원비(1일이상10일한도) 특별약관, 상해입원비(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)

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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

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

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

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

1-38. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관, 상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사

유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-39. 상해중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관, 상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

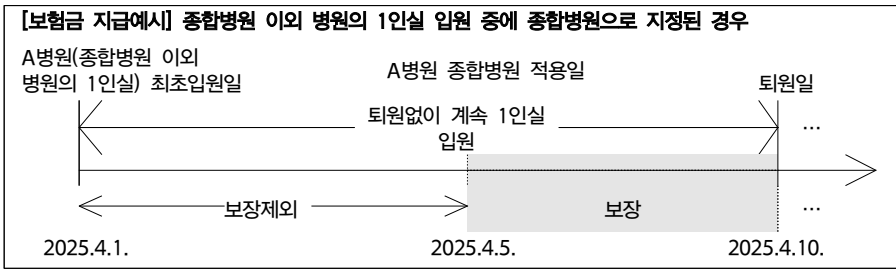
1-40. 상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

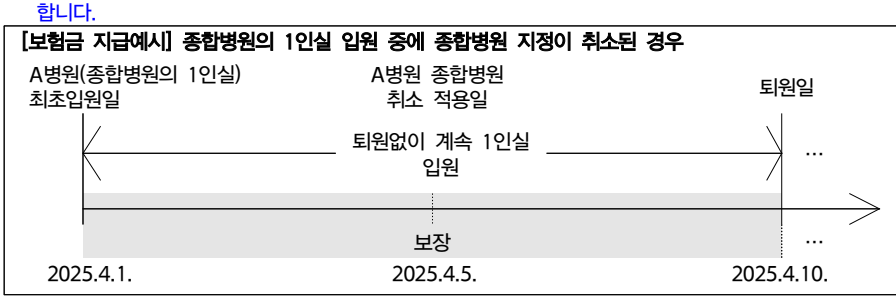
제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해종합병원1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



8 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



9 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-41. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관, 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관 (1,2종)

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

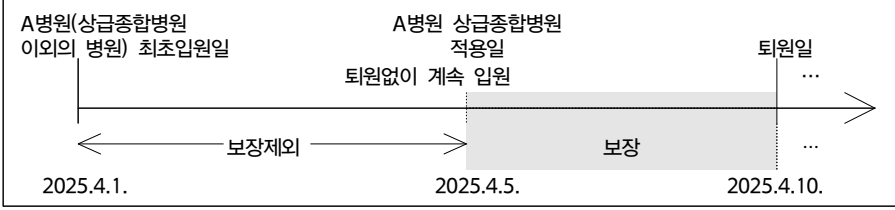
제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

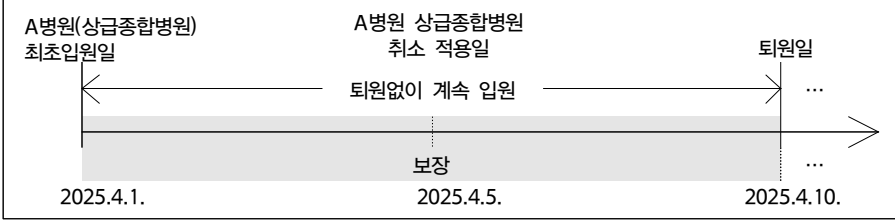
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-42. 상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

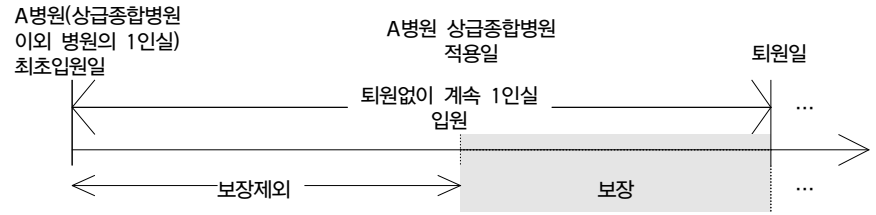
제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으

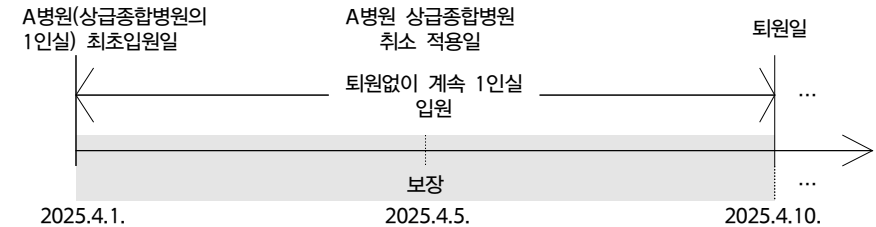
로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑧ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑨ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-43. 상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에

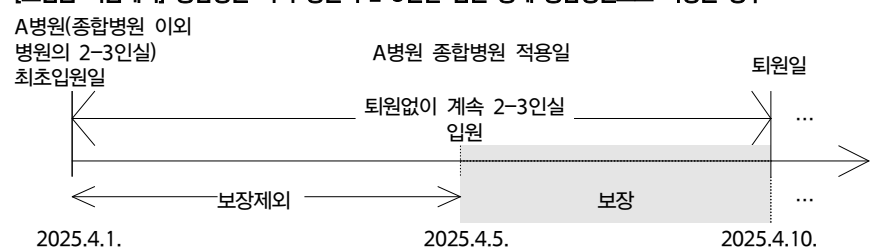
의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

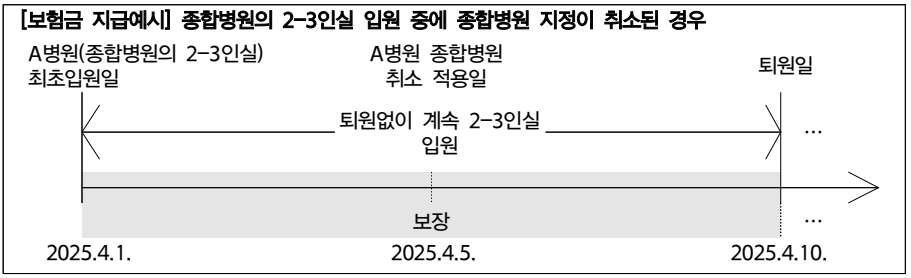
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해종합병원2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
5 피보험자가 종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
6 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-44. 상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우

에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원 2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

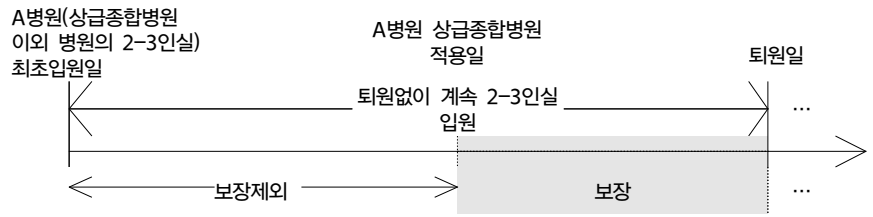
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

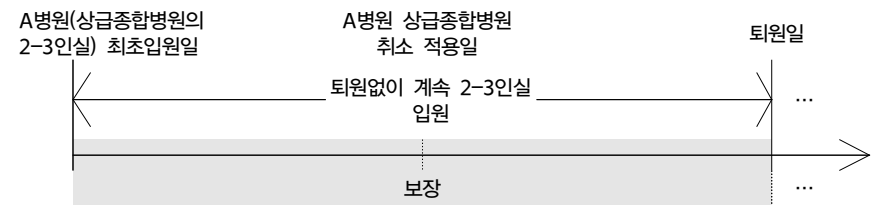
7 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



8 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-45. 간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관(1,2종), 간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용상해입원비Ⅱ (1일이상180일한도) 특별약관
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(간호간병통합서비스제외,1일이상180일한도)
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(간호간병통합서비스,1일이상180일한도)

구분	간병인사용상해입원비Ⅱ (1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(간호간병통합서비스제외,1일이상180일한도)(태아보장용)
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용상해입원비Ⅱ(간호간병통합서비스,1일이상180일한도)태아보장용)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스제외)의 지급일수는 요양병원에 입원한 경우와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우 각각 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급기준	1일당 지급금액
요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장 보험가입금액
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장 보험가입금액의 50%
요양병원에 입원한 경우	-	간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장 보험가입금액의 20%

2 제1항에서 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]

· 보험가입금액 : 5만원

① 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 10일 ~ 4월 17일, 요양병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
5만원 × 8일 = 40만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일,
요양병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
5만원 × 8일 × 50% = 20만원 지급

③ 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일,
요양병원에 입원, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
5만원 × 8일 × 20% = 8만원 지급

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

4 제1항 내지 제2항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

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

5 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 제3항의 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

6 제4항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.

2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 제3항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

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

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-46. 자동차사고부상발생금(1-14급,차등지급)(연만기) 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "자동차사고"에 의한 상해의 직접 결과로써 자동차사고 부상등급표(【별표52】 참조)에서 정한 부상등급(1-14급)을 받은 경우에는 부상등급에 따라 아래의 지급금액을 자동차사고부상발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	1급	2급	3급	4급	5급	6급	7급	8-14급
지급금액	이 특별약관 보험가입금액의							
	100배	60배	30배	15배	8배	4배	2배	1배

2 제1항의 "자동차사고"라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.

자동차사고의 범위	피보험자가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우	피보험자가 비운전자인 경우
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 사고	보장대상	해당없음
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고	보장대상	보장대상
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고	보장대상	보장대상

3 제2항의 "자동차"라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 "9종 건설기계"라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

4 제2항의 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 탑승(운전을 포함합니다)
2. 하역작업
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

3 피보험자가 비운전자인 경우 회사는 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고로 제1조

(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받은 경우 해당 자동차보험 보상처리확인서류(부상등급을 판단할 수 있는 자동차보험의 지급결의서 등)
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
      2) 부상등급을 판단할 수 있는 서류(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 제2호 나. 2)의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)

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

1-47. 스쿨존내어린이교통사고발생금 특별약관(1종)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 제3조(보호구역의 지정) 제6항(【부록】 참조)에 의하여 어린이 보호구역으로 지정된 지역(이하 "스쿨존"이라 합니다) 내에서 아래의 교통사고(이하 "스쿨존내교통사고"라 합니다)로 상해를 입은 경우, 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 스쿨존내어린이교통사고발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2 제1항의 스쿨존내교통사고는 관할경찰서에 교통사고로 접수된 경우에 한하며, 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

3 제1항의 "자동차"라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭

기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 "9종 건설기계"라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

4 제1항의 "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. 9종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단 탑승(운전을 포함합니다)
2. 하역작업
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
5. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

제3조(특별약관의 보험기간)

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

제4조(준용규정)

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

1-48. 성장판손상유발교통사고발생금 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "교통사고"에 의한 상해의 직접 결과로써 자동차사고 특수골절 부상등급표(【별표53】 참조)에서 정한 부상등급에 해당되는 경우, 이 특별약관의 보험가입금액을 성장판손상유발교통사고발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "교통사고"라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

3 제2항의 "자동차"라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 "9종 건설기계"라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 탑승(운전을 포함합니다)
2. 하역작업
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
5. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 지급결의서(부상등급 필수 기재)
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
      2) 부상등급을 판단할 수 있는 서류(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 제2호 나. 2)의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)

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

1-49. 강력범죄발생금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에서 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「형법」 제24장(살인의 죄)에 규정한 살인죄
2. 「형법」 제25장(상해와 폭행의 죄)에 규정한 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제32장(강간과 추행의 죄)에 규정한 강간죄

4. 「형법」 제38장(절도와 강도의 죄)에 규정한 강도죄
5. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 「폭처법」이라 합니다)에 규정한 폭행 등의 죄
(관련법령 【부록】 참조)

2 제1항에도 불구하고 제1항 제1호의 살인(살인에 준하는 미수를 포함합니다), 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭행 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에 한하여 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조(단체 등의 구성·활동)(【부록】 참조)에 규정한 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 피해
2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 또는 직계존비속에 의한 피해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 피해

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 사건·사고사실확인원(관할 경찰서장 발행)
   나. 의사진단서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호 나.의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제4조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아

기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-50. 폭력사고발생금 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 일상생활 중에 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 상해를 입은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 폭력사고발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 아래와 같은 사유로 발생한 폭력피해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의 또는 피보험자의 친족에 의한 사고
2. 피보험자가 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」 제4조(단체 등의 구성·활동)(【부록】 참조)의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생된 사고

제3조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
가. 사건·사고사실확인원(관할 경찰서장 발행)
나. 진료비계산서, 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 제2호 나.의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

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

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

1-51. 상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 ("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 MRI촬영검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해MRI촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해MRI촬영검사비는 "급여 MRI촬영검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 MRI촬영검사"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(보험금의 청구)

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

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

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

1-52. 상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 ("급여 CT촬영검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 CT촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 CT촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 CT촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 CT촬영검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해CT촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해CT촬영검사비는 "급여 CT촬영검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 CT촬영검사"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

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

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 특별약관 (보통약관Ⅰ 부가대상)

2. 질병관련 특별약관

※ 보통약관Ⅰ에 부가가능한 특별약관입니다.
1,2종은 최초가입하는 계약에 적용하며,
3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는 계약에 적용합니다.

2-1. 질병사망 특별약관, 질병사망(연만기) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접 결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-2. 질병50%이상후유장해 특별약관, 질병50%이상후유장해(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

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

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

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제3호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-3. 질병후유장해(3-100%) 특별약관, 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관(1종), 질병후유장해(3-100%)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-4. 뇌혈관질환후유장해(3-100%) 특별약관, 뇌혈관질환후유장해(3-100%)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : "뇌혈관질환"의 진단확정일부터 1년 이내

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

4 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 눈에 장해지급률 15%에 해당하는 장해(한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 뇌혈관질환으로 눈의 장해가 장해지급률 50%에 해당하게 된 경우(한 눈이 멀었을 때)에는 보험가입 후 발생한 뇌혈관질환으로 인한 장해지급률 50%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 15%를 뺀 35%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 일상생활 기본동작(ADLs)제한 장해평가표 상 이동동작에 있어 장해지급률 10%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 뇌혈관질환을 원인으로 동일한 장해유형으로 장해지급률 40%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 40%에서 상해로 인한 장해지급률 10%를 뺀 30%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

8 피보험자의 "뇌혈관질환"의 결과로 후유장해상태와 동시 또는 순차적으로 상해 또는 "뇌혈관질환"과 직접관련 없는 다른 질병의 결과로 인한 후유장해상태가 발생한 경우에는 전체 후유장해지급률 중 "뇌혈관질환"의 결과로 발생한 후유장해지급률에 대한 보험금만을 지급합니다.

[제8항 관련 예시]
뇌경색증과 간암으로 진단받은 환자가 간암을 원인으로 간이식 수술을 받고 장해지급률 75%에 해당하는 장해상태(흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때)가 되고, 뇌경색증의 결과로 신경계에 장해가 남아 인한 일상생활 기본동작(ADLs)제한 장해평가표 상 10%에 해당하는 장해상태가 된 경우 "뇌혈관질환"에 의해 발생한 10%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

9 회사가 지급하여야 할 하나의 "뇌혈관질환"으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

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

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-5. 암(4대유사암제외)진단비 특별약관, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종), 암(4대유사암제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

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

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

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)진단비 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2. 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

3. 암(4대유사암제외)진단비(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

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

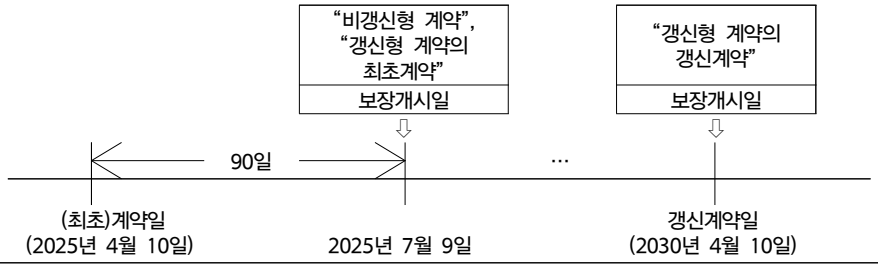
제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제2호, 제4호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
6 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】
이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
  1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
  2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-6. 암(4대유사암제외)진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1.2종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

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

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

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

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 20년 미만	20년 이상
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액의 200%
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

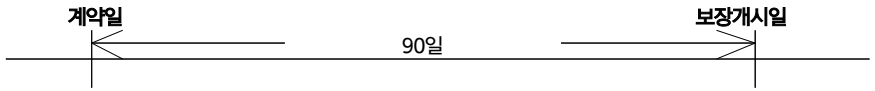
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일.
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날.

[보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제2호, 제4호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납

입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제10조(특별약관의 보험기간)

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-7. 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 14개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(입술,구강및인두암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(대장암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(특정소화기관암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(폐암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(특정호흡기및흉곽내기관암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(비뇨기관암(요로암))
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(림프및조혈관련특정암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(남성생식기관및유방암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(자궁관련암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(난소암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(특정여성생식기관암)
- 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(유방암)

제1조("통합암(4대유사암제외)Ⅲ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"라 함은 "입술,구강및인두암", "대장암", "특정소화기관암", "폐암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "비뇨기관암(요로암)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "림프및조혈관련특정암", "남성생식기관및유방암", "자궁관련암",

"난소암", "특정여성생식기관암" 및 "유방암"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "입술,구강및인두암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

3 이 특별약관에서 "대장암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 결장의 악성 신생물	C18
2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
3. 직장의 악성신생물	C20

4 이 특별약관에서 "특정소화기관암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16
3. 소장의 악성 신생물	C17
4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
5. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
6. 담낭의 악성 신생물	C23
7. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
8. 췌장의 악성 신생물	C25
9. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26

5 이 특별약관에서 "폐암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 기관의 악성 신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

6 이 특별약관에서 "특정호흡기및흉곽내기관암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
2. 부비동의 악성 신생물	C31
3. 후두의 악성 신생물	C32
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
6. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39

7 이 특별약관에서 "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
2. 피부의 악성 흑색종	C43
3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49

8 이 특별약관에서 "비뇨기관암(요로암)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 요로의 악성 신생물	C64~C68

⑨ 이 특별약관에서 "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
2. 부신의 악성 신생물	C74
3. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75

⑩ 이 특별약관에서 "림프및조혈관련특정암"이라 함은 림프및조혈관련특정암 분류표P(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

⑪ 이 특별약관에서 "남성생식기관및유방암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
2. 유방의 악성 신생물	C50

⑫ 이 특별약관에서 "자궁관련암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 악성 신생물	C53
2. 자궁체부의 악성 신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

⑬ 이 특별약관에서 "난소암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 악성 신생물	C56

⑭ 이 특별약관에서 "특정여성생식기관암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
4. 태반의 악성 신생물	C58

⑮ 이 특별약관에서 "유방암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50

⑯ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

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

17 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

18 17항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제17항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암", "특정소화기관암", "폐암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암", "비뇨기관암(요로암)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "림프및조혈관련특정암", "남성생식기관및유방암", "자궁관련암", "난소암", "특정여성생식기관암", "유방암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
입술,구강및인두암	15세 미만	입술,구강및인두암진단비[주1)]의 보험가입금액	입술,구강및인두암진단비[주1)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
대장암	15세 미만	대장암진단비[주2)]의 보험가입금액	대장암진단비[주2)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정소화기관암	15세 미만	특정소화기관암진단비[주3)]의 보험가입금액	특정소화기관암진단비[주3)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
폐암	15세 미만	폐암진단비[주4)]의 보험가입금액	폐암진단비[주4)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정호흡기 및 흉곽내기관암	15세 미만	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5)]의 보험가입금액	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	

구분		계약일부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암	15세 미만	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
비뇨기관암(요로암)	15세 미만	비뇨기관암(요로암)진단비[주7]의 보험가입금액	비뇨기관암(요로암)진단비[주7]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
눈,뇌,중추신경계통및내분비선암	15세 미만	눈,뇌,중추신경계통 및 내분비선암진단비[주8]의 보험가입금액	눈,뇌,중추신경계통 및 내분비선암진단비[주8]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
림프및조혈관련특정암	15세 미만	림프및조혈관련특정암진단비[주9]의 보험가입금액	림프및조혈관련특정암진단비[주9]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
남성생식기관및유방암	15세 미만	남성생식기관및유방암진단비[주10]의 보험가입금액	남성생식기관및유방암진단비[주10]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
자궁관련암	15세 미만	자궁관련암진단비[주11]의 보험가입금액	자궁관련암진단비[주11]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
난소암	15세 미만	난소암진단비[주12]의 보험가입금액	난소암진단비[주12]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
여성생식기관암	15세 미만	여성생식기관암진단비[주13]의 보험가입금액	여성생식기관암진단비[주13]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
유방암	15세 미만	유방암진단비[주14]의 보험가입금액	유방암진단비[주14]의 보험가입금액
	15세 이상	–	

2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
입술,구강및인두암	입술,구강및인두암진단비[주1]의 보험가입금액
대장암	대장암진단비[주2]의 보험가입금액
특정소화기관암	특정소화기관암진단비[주3]의 보험가입금액
폐암	폐암진단비[주4]의 보험가입금액
특정호흡기및흉곽내기관암	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5]의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6]의 보험가입금액
비뇨기관암(요로암)	비뇨기관암(요로암)진단비[주7]의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통및내분비선암	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주8]의 보험가입금액
림프및조혈관련특정암	림프및조혈관련특정암진단비[주9]의 보험가입금액
남성생식기관및유방암	남성생식기관및유방암진단비[주10]의 보험가입금액
자궁관련암	자궁관련암진단비[주11]의 보험가입금액
난소암	난소암진단비[주12]의 보험가입금액
여성생식기관암	여성생식기관암진단비[주13]의 보험가입금액

구분	지급금액
유방암	유방암진단비[주14)]의 보험가입금액

주1) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(입술,구강및인두암)
주2) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(대장암)
주3) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(특정소화기관암)
주4) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(폐암)
주5) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(특정호흡기및흉곽내기관암)
주6) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
주7) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(비뇨기관암(요로암))
주8) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
주9) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(림프및조혈관련특정암)
주10) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(남성생식기관및유방암)
주11) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(자궁관련암)
주12) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(난소암)
주13) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(특정여성생식기관암)
주14) 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(유방암)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합암(4대유사암제외)Ⅲ진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

3 제2조(보험금의 지급사유)의 "남성생식기관및유방암"은 남성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)의 "자궁관련암", "난소암", "특정여성생식기관암" 및 "유방암"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "통합암(4대유사암제외)Ⅲ"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 입술,구강및인두암진단비, 대장암진단비, 특정소화기관암진단비, 폐암진단비, 특정호흡기및흉곽내기관암진단비, 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비, 비뇨기관암(요로암)진단비, 눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비, 림프및조혈관련특정암진단비, 남성생식기관및유방암진단비, 자궁관련암진단비, 난소암진단비, 특정여성생식기관암진단비, 유방암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ를 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암", "특정소화기관암", "폐암", "특정호흡기및흉곽내기관암", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암","비뇨기관암(요로암)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암", "림프및조혈관련특정암", "남성생식기관및유방암", "자궁관련암", "난소암", "특정여성생식기관암", "유방암")로 각각 1회씩(피보험자가 남성인 경우 총 10회, 여성인 경우 총 13회) 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

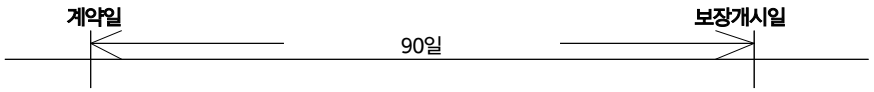
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일.
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날.

[보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-8. 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 14개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(대장암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(특정소화기관암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(폐암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(유방암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(자궁관련암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(난소암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(혈액암)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(남성생식기관및유방암)

제1조("통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"이라 함은 "입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)", "혈액암" 및 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "입술,구강및인두암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

3 이 특별약관에서 "대장암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 결장의 악성 신생물	C18
2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
3. 직장의 악성신생물	C20
4. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5

4 이 특별약관에서 "특정소화기관암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16
3. 소장의 악성 신생물	C17
4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
5. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
6. 담낭의 악성 신생물	C23
7. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
8. 췌장의 악성 신생물	C25
9. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
10. 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
11. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
12. 위의 이차성 악성 신생물	C78.80
13. 췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
14. 비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
15. 기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
16. 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89

5 이 특별약관에서 "폐암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 기관의 악성 신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
3. 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0

6 이 특별약관에서 "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
2. 부비동의 악성 신생물	C31
3. 후두의 악성 신생물	C32
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
6. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
7. 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
8. 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
9. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

7 이 특별약관에서 "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
2. 피부의 악성 흑색종	C43
3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
4. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
5. 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물	C77
6. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
7. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
8. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
9. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
10. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
11. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
12. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
13. 독립된(원발성) 여러부위의 악성 신생물	C97

8 이 특별약관에서 "유방암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

9 이 특별약관에서 "특정여성생식기관암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
4. 태반의 악성 신생물	C58
5. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

10 이 특별약관에서 "자궁관련암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 악성 신생물	C53
2. 자궁체부의 악성 신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

11 이 특별약관에서 "난소암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 악성 신생물	C56
2. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6

12 이 특별약관에서 "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 요로의 악성 신생물	C64~C68
2. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
3. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

13 이 특별약관에서 "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
2. 부신의 악성 신생물	C74
3. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
4. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
5. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

⑭ 이 특별약관에서 "혈액암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
2. 진성 적혈구증가증	D45
3. 골수형성이상증후군	D46
4. 만성 골수증식질환	D47.1
5. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
6. 골수섬유증	D47.4
7. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

⑮ 이 특별약관에서 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
3. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
4. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

⑯ "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑰ 제16항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제16항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)", "혈액암" 및 "남성생식기관및유방암(전이암포함)")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)], 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
입술,구강및인두암	15세 미만	입술,구강및인두암진단비[주1)]의 보험가입금액	입술,구강및인두암진단비[주1)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
대장암 (전이암포함)	15세 미만	대장암진단비[주2)]의 보험가입금액	대장암진단비[주2)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정소화기관암 (전이암포함)	15세 미만	특정소화기관암진단비[주3)]의 보험가입금액	특정소화기관암진단비[주3)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
폐암 (전이암포함)	15세 미만	폐암진단비[주4)]의 보험가입금액	폐암진단비[주4)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정호흡기 및 흉곽내기관암 (전이암포함)	15세 미만	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5)]의 보험가입금액	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암 (전이암포함)	15세 미만	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6)]의 보험가입금액	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
유방암 (전이암포함)	15세 미만	유방암진단비[주7)]의 보험가입금액	유방암진단비[주7)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정여성생식기관암 (전이암포함)	15세 미만	특정여성생식기관암진단비[주8)]의 보험가입금액	특정여성생식기관암진단비[주8)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
자궁관련암	15세 미만	자궁관련암진단비[주9)]의 보험가입금액	자궁관련암진단비[주9)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
난소암 (전이암포함)	15세 미만	난소암진단비[주10)]의 보험가입금액	난소암진단비[주10)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
비뇨기관암 (요로암) (전이암포함)	15세 미만	비뇨기관암(요로암)진단비[주11)]의 보험가입금액	비뇨기관암(요로암)진단비[주11)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
눈,뇌,중추신경계통 및내분비선암 (전이암포함)	15세 미만	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12)]의 보험가입금액	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
혈액암	15세 미만	혈액암진단비[주13)]의 보험가입금액	혈액암진단비[주13)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
남성생식기관 및유방암 (전이암포함))	15세 미만	남성생식기관및유방암진단비[주14)]의 보험가입금액	남성생식기관및유방암진단비[주14)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	

2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
입술,구강및인두암	입술,구강및인두암진단비[주1)]의 보험가입금액
대장암 (전이암포함)	대장암진단비[주2)]의 보험가입금액
특정소화기관암 (전이암포함)	특정소화기관암진단비[주3)]의 보험가입금액
폐암 (전이암포함)	폐암진단비[주4)]의 보험가입금액
특정호흡기및흉곽내기관암 (전이암포함)	특정호흡기및흉곽내기관암진단비[주5)]의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암 (전이암포함)	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비[주6)]의 보험가입금액
유방암 (전이암포함)	유방암진단비[주7)]의 보험가입금액
특정여성생식기관암 (전이암포함)	특정여성생식기관암진단비[주8)]의 보험가입금액
자궁관련암	자궁관련암진단비[주9)]의 보험가입금액
난소암 (전이암포함)	난소암진단비[주10)]의 보험가입금액
비뇨기관암(요로암) (전이암포함)	비뇨기관암(요로암)진단비[주11)]의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통및내분비선암 (전이암포함)	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비[주12)]의 보험가입금액
혈액암	혈액암진단비[주13)]의 보험가입금액
남성생식기관및유방암 (전이암포함))	남성생식기관및유방암진단비[주14)]의 보험가입금액

주1) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(입술,구강및인두암)
주2) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(대장암)
주3) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(특정소화기관암)
주4) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(폐암)
주5) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)
주6) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)
주7) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(유방암)
주8) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(특정여성생식기관암)
주9) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(자궁관련암)
주10) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(난소암)
주11) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))
주12) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)
주13) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(혈액암)
주14) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ(남성생식기관및유방암)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ에서 이미 지

급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

3 제2조(보험금의 지급사유)의 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"은 남성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)의 "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)" 및 "유방암(전이암포함)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 입술,구강및인두암진단비, 대장암진단비, 특정소화기관암진단비, 폐암진단비, 특정호흡기및흉곽내기관암진단비, 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암진단비, 유방암진단비, 특정여성생식기관암진단비, 자궁관련암진단비, 난소암진단비, 비뇨기관암(요로암)진단비, 눈,뇌,중추신경계통및내분비선암진단비, 혈액암진단비, 남성생식기관및유방암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ를 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)", "혈액암" 및 "남성생식기관및유방암(전이암포함)")로 각각 1회씩(피보험자가 남성인 경우 총 10회, 여성인 경우 총 13회) 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

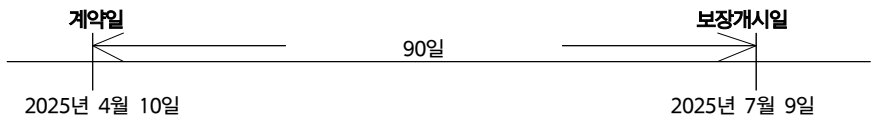
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일.
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날.

[보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-9. 4대유사암진단비 특별약관, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관(1종), 4대유사암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C44(기타피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

[제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)] - 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양")로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 4대유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "4대유사암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 4대유사암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 4대유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

3 갱신형 계약의 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 "4대유사암"이 갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 "4대유사암"과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 이미 보험금이 지급된 "4대유사암"이라 하더라도 해당 보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우에는, 보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

5 제4항의 "보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 "보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일"은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

【3종(계약전환용)】

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "4대유사암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 4대유사암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 4대유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

3 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 "4대유사암"이 "전환전 계약"에서 이미 보험금이 지급된 "4대유사암"과 동일한 질병인 경우("전환전 계약"에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포

가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 이미 보험금이 지급된 "4대유사암"이라 하더라도 "전환후 계약"의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우에는, "전환후 계약"의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

5 제4항의 ["전환후 계약"의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안]이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 ["전환후 계약"의 보장개시일]은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대유사암진단비를 세부보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양")로 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-10. 자녀7대암진단비 특별약관(1,2종), 자녀7대암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("자녀7대암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "자녀7대암"이라 함은 자녀7대암 분류표P(【별표9】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

3 "자녀7대암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "자녀7대암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "자녀7대암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "자녀7대암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자녀7대암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 자녀7대암진단비 특별약관

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

2. 자녀7대암진단비(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "자녀7대암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 자녀7대암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 자녀7대암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "자녀7대암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자녀7대암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

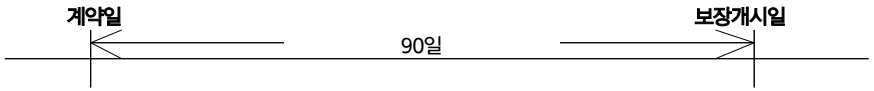
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-11. 10대고액치료비암진단비 특별약관, 10대고액치료비암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("10대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "10대고액치료비암"이라 함은 10대고액치료비암 분류표P(【별표6】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

3 "10대고액치료비암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "10대고액치료비암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "10대고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "10대고액치료비암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 10대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 10대고액치료비암진단비 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2. 10대고액치료비암진단비(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "10대고액치료비암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 10대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 10대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "10대고액치료비암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대고액치료비암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니

다.

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

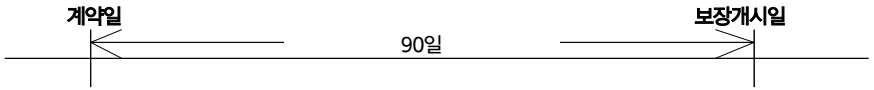
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-12. 통합전이암진단비 특별약관

- 통합전이암진단비(소화기관전이암)
- 통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암)
- 통합전이암진단비(관절및피부전이암)
- 통합전이암진단비(요로전이암)
- 통합전이암진단비(뇌전이암)
- 통합전이암진단비(림프및기타특정전이암)
- 통합전이암진단비(남성생식기관및유방전이암)
- 통합전이암진단비(여성생식기관전이암)

– 통합전이암진단비(유방전이암)

제1조(“통합전이암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “통합전이암”라 함은 “소화기관전이암”, “호흡기및흉곽내기관전이암”, “관절및피부전이암”, “요로전이암”, “뇌전이암”, “림프및기타특정전이암”, “남성생식기관및유방전이암”, “여성생식기관전이암”, “유방전이암”을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “소화기관전이암”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
2. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
3. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
4. 기타 및 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.8

3 이 특별약관에서 “호흡기및흉곽내기관전이암”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
2. 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
3. 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
4. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

4 이 특별약관에서 “관절및피부전이암”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
2. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
3. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
4. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5

5 이 특별약관에서 “요로전이암”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
2. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

6 이 특별약관에서 “뇌전이암”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
2. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

7 이 특별약관에서 “림프및기타특정전이암”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 머리, 얼굴 및 목의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.0
2. 흉곽내림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.1
3. 복강내림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.2
4. 겨드랑 및 팔 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.3
5. 사타구니 및 다리 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.4
6. 골반내 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.5
7. 여러 부위의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.8
8. 상세불명의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77.9
9. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
10. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
11. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

8 이 특별약관에서 "남성생식기관및유방전이암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

9 이 특별약관에서 "여성생식기관전이암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
2. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

10 이 특별약관에서 "유방전이암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

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

12 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합전이암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "통합전이암"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("소화기관전이암", "호흡기및흉곽내기관전이암", "관절및피부전이암", "요로전이암", "뇌전이암", "림프및기타특정전이암", "남성생식기관및유방전이암", "여성생식기관전이암", "유방전이암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
소화기관전이암	15세 미만	소화기관전이암진단비[주1)]의 보험가입금액	소화기관전이암진단비[주1)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
호흡기및흉곽내기관전이암	15세 미만	호흡기및흉곽내기관전이암진단비[주2)]의 보험가입금액	호흡기및흉곽내기관전이암진단비[주2)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
관절및피부전이암	15세 미만	관절및피부전이암진단비[주3)]의 보험가입금액	관절및피부전이암진단비[주3)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
요로전이암	15세 미만	요로전이암진단비[주4)]의 보험가입금액	요로전이암진단비[주4)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
뇌전이암	15세 미만	자궁관련암진단비[주5)]의 보험가입금액	뇌전이암진단비[주5)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
림프및기타특정전이암	15세 미만	뇌전이암진단비[주5)]의 보험가입금액	림프및기타특정전이암진단비[주6)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
남성생식기관및유방전이암	15세 미만	남성생식기관및유방전이암진단비[주7)]의 보험가입금액	남성생식기관및유방전이암진단비[주7)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
여성생식기관전이암	15세 미만	여성생식기관전이암진단비[주8)]의 보험가입금액	여성생식기관전이암진단비[주8)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
유방전이암	15세 미만	유방전이암진단비[주9)]의 보험가입금액	유방전이암진단비[주9)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	

통합전이암진단비 특별약관
주1) 통합전이암진단비(소화기관전이암)
주2) 통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암)
주3) 통합전이암진단비(관절및피부전이암)
주4) 통합전이암진단비(요로전이암)
주5) 통합전이암진단비(뇌전이암)
주6) 통합전이암진단비(림프및기타특정전이암)
주7) 통합전이암진단비(남성생식기관및유방전이암)
주8) 통합전이암진단비(여성생식기관전이암)
주9) 통합전이암진단비(유방전이암)

2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
"소화기관전이암"으로 진단확정시	소화기관전이암진단비[주1)]의 보험가입금액

구분	지급금액
"호흡기및흉곽내기관전이암"으로 진단확정시	호흡기및흉곽내기관전이암진단비주2)의 보험가입금액
"관절및피부전이암"으로 진단확정시	관절및피부전이암진단비주3)의 보험가입금액
"요로전이암"으로 진단확정시	요로전이암진단비주4)의 보험가입금액
"뇌전이암"으로 진단확정시	뇌전이암진단비주5)의 보험가입금액
"림프및기타특정전이암"으로 진단확정시	림프및기타특정전이암진단비주6)의 보험가입금액
"남성생식기관및유방전이암"으로 진단확정시	남성생식기관및유방전이암진단비주7)의 보험가입금액
"여성생식기관전이암"으로 진단확정시	여성생식기관전이암진단비주8)의 보험가입금액
"유방전이암"으로 진단확정시	유방전이암진단비주9)의 보험가입금액

통합전이암진단비 특별약관
주1) 통합전이암진단비(소화기관전이암)
주2) 통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암)
주3) 통합전이암진단비(관절및피부전이암)
주4) 통합전이암진단비(요로전이암)
주5) 통합전이암진단비(뇌전이암)
주6) 통합전이암진단비(림프및기타특정전이암)
주7) 통합전이암진단비(남성생식기관및유방전이암)
주8) 통합전이암진단비(여성생식기관전이암)
주9) 통합전이암진단비(유방전이암)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "통합전이암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합전이암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

3 제2조(보험금의 지급사유)의 "남성생식기관및유방전이암"은 남성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

4 제2조(보험금의 지급사유)의 "여성생식기관전이암" 및 "유방전이암"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "통합전이암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소화기관전이암진단비, 호흡기및흉곽내기관전이암진단비, 관절및피부전이암진단비, 요로전이암진단비, 뇌전이암진단비, 림프및기타특정전이암진단비, 남성생식기관및유방전이암진단비, 여성생식기관전이암진단비, 유방전이암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합전이암진단비를 세부보장별("소화기관전이암", "호흡기 및흉곽내기관전이암", "관절및피부전이암", "요로전이암", "뇌전이암", "림프및기타특정전이암", "남성생식기관및유방전이암", "여성생식기관전이암", "유방전이암")로 각각 1회씩(피보험자가 남성인 경우 총 7회, 여성인 경우 총 8회) 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

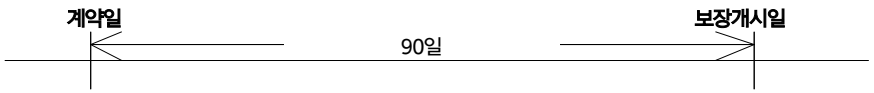
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일.
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날.

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-13. 전이암진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 전이암진단비(림프절전이암)
- 전이암진단비(특정전이암)

제1조("림프절전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "림프절전이암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77

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

3 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "림프절전이암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("특정전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정전이암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

대상질병	분류번호
1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

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

3 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정전이암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "림프절전이암" 또는 "특정전이암"(이하 "전이암"이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("림프절전이암", "특정전이암")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	구분	계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
15세 미만	"림프절전이암"으로 진단확정시	림프절전이암진단비[주1] 의 보험가입금액	
	"특정전이암"으로 진단확정시	특정전이암진단비[주2] 의 보험가입금액	
15세 이상	"림프절전이암"으로 진단확정시	–	림프절전이암진단비[주1] 의 보험가입금액
	"특정전이암"으로 진단확정시	–	특정전이암진단비[주2] 의 보험가입금액

주1) 전이암진단비(림프절전이암)
주2) 전이암진단비(특정전이암)

2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
"림프절전이암"으로 진단확정시	림프절전이암진단비[주1] 의 보험가입금액
"특정전이암"으로 진단확정시	특정전이암진단비[주2] 의 보험가입금액

주1) 전이암진단비(림프절전이암)
주2) 전이암진단비(특정전이암)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "전이암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 전이암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료(보험금 지급사유가 발생한 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료에 한합니다)를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제5조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 다음 중 하나에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. "림프절전이암"으로 진단확정시
2. "특정전이암"으로 진단확정시

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비(림프절전이암), 전이암진단비(특정전이암)를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비를 세부보장별("림프절전이암", "특정전이암")로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

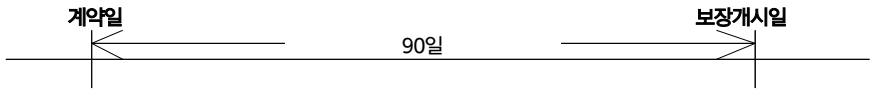
3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-14. 특정양성뇌종양진단비 특별약관, 특정양성뇌종양진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정양성뇌종양"이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표P(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.
2 "특정양성뇌종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "특정양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제5호 및 제7호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"

으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제6조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3(“질병50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-15. 뇌혈관질환진단비 특별약관, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관(1종)

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

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는

문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
4 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
【3종(계약전환용)】
이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료

사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-16. 뇌혈관질환진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1,2종)

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	20년 미만	20년 이상
뇌혈관질환진단비(체증형, 20년후가입금액2배)	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관 보험가입금액의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

면제를 적용합니다.
3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 ["암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-17. 주요뇌혈관질환진단비 특별약관, 주요뇌혈관질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("주요뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "주요뇌혈관질환"이라 함은 주요뇌혈관질환 분류표P(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "주요뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "주요뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-18. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표P(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-19. 신생아뇌출혈진단비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("신생아뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "신생아뇌출혈"이라 함은 신생아뇌출혈 분류표P(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "신생아뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "신생아뇌출혈"로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신생아뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 신생아뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

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

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 1년으로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아

기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-20. 뇌전증진단비 특별약관

제1조("뇌전증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌전증"이라 함은 뇌전증 분류표P(【별표19】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌전증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌전증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌전증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-21. 심혈관질환진단비 특별약관, 심혈관질환진단비(갱신형) 특별약관(1종), 심혈관질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 심혈관질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동

갱신 특별약관(1,2종)” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호 및 제6호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 제1항에도 불구하고 심혈관질환진단비(갱신형) 특별약관은 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제6조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3(“질병50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-22. 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관, 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("심혈관질환(기타심장부정맥제외)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"이라 함은 심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표P(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심혈관질환(기타심장부정맥제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고

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

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-23. 통합심장질병진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합심장질병진단비(만성류마티스심장질환)
- 통합심장질병진단비(특정심장판막질환)
- 통합심장질병진단비(특정심장방실및전도장애)
- 통합심장질병진단비(주요심장염증질환)
- 통합심장질병진단비(심근병증)
- 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외))
- 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅱ)
- 통합심장질병진단비(기타심장부정맥)

제1조("통합심장질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합심장질병"이라 함은 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ" 및 "기타심장부정맥"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "만성류마티스심장질환"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 류마티스성 승모판질환	I05
2. 류마티스성 대동맥판질환	I06
3. 류마티스성 삼천판질환	I07
4. 다발판막질환	I08
5. 기타 류마티스심장질환	I09

3 이 특별약관에서 "특정심장판막질환"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비류마티스성 승모판장애	I34
2. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
3. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
4. 폐동맥판장애	I37
5. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39

4 이 특별약관에서 "특정심장방실및전도장애"라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "주요심장염증질환"이라 함은 주요심장염증질환 분류표P(【별표28】 참조)에서 정한

질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "심근병증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 심근병증	I42
2. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

7 이 특별약관에서 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"이라 함은 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표P(【별표25】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

8 이 특별약관에서 "심혈관특정질환Ⅱ"이라 함은 심혈관특정질환Ⅱ 분류표P(【별표26】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

9 이 특별약관에서 "기타심장부정맥"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
기타 심장부정맥	I49

10 "만성류마티스심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "만성류마티스심장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

11 "특정심장판막질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장판막질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

12 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 핵의학 검사, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장방실및전도장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

13 "주요심장염증질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)와 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 흉부X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사, 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 혈액배양검사, 조직배양검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "주요심장염증질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

14 "심근병증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부X-선 검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심근병증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

15 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술,

혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

16 "심혈관특정질환Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심혈관특정질환Ⅱ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

17 "기타심장부정맥"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "기타심장부정맥"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

18 제10항 내지 제17항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ" 및 "기타심장부정맥"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ" 및 "기타심장부정맥"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "통합심장질병"으로 진단확정된 경우에는 세부보장별("만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ", "기타심장부정맥")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합심장질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
만성류마티스심장질환	"만성류마티스심장질환"으로 진단확정시	만성류마티스심장질환진단비[주1)]의 보험가입금액
특정심장판막질환	"특정심장판막질환"로 진단확정시	특정심장판막질환진단비[주2)]의 보험가입금액
특정심장방실및전도장애	"특정심장방실및전도장애"로 진단확정시	특정심장방실및전도장애진단비[주3)]의 보험가입금액
주요심장염증질환	"주요심장염증질환"으로 진단확정시	주요심장염증질환진단비[주4)]의 보험가입금액
심근병증	"심근병증"으로 진단확정시	심근병증진단비[주5)]의 보험가입금액
심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)	"심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)"로 진단확정시	심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비[주6)]의 보험가입금액
심혈관특정질환Ⅱ	"심혈관특정질환Ⅱ진단비"로 진단확정시	심혈관특정질환Ⅱ진단비[주7)]의 보험가입금액
기타심장부정맥	"기타심장부정맥"으로 진단확정시	기타심장부정맥진단비[주8)]의 보험가입금액

통합심장질병진단비 특별약관 주1) 통합심장질병진단비(만성류마티스심장질환) 주2) 통합심장질병진단비(특정심장판막질환) 주3) 통합심장질병진단비(특정심장방실및전도장애) 주4) 통합심장질병진단비(주요심장염증질환) 주5) 통합심장질병진단비(심근병증) 주6) 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)) 주7) 통합심장질병진단비(심혈관특정질환Ⅱ) 주8) 통합심장질병진단비(기타심장부정맥)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성류마티스심장질환진단비, 특정심장판막질환진단비, 특정심장방실및전도장애진단비, 주요심장염증질환진단비, 심근병증진단비, 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비, 심혈관특정질환Ⅱ진단비, 기타심장부정맥진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합심장질병진단비를 세부보장별("만성류마티스심장질환", "특정심장판막질환", "특정심장방실및전도장애", "주요심장염증질환", "심근병증", "심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)", "심혈관특정질환Ⅱ", "기타심장부정맥")로 각각 1회씩 총 8회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-24. 허혈성심장질환진단비 특별약관, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관(1종)

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

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-25. 허혈성심장질환진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1,2종)

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	20년 미만	20년 이상
허혈성심장질환진단비 (체증형,20년후가입금액2배)	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

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

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-26. 주요허혈성심장질환진단비 특별약관

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

제1조("주요허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "주요허혈성심장질환"이라 함은 주요허혈성심장질환 분류표P(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "주요허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "주요허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "주요허혈성심장질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 주요허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요허혈성심장질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약

관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-27. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표P(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약

관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

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

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-28. 심근병증진단비 특별약관, 심근병증진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("심근병증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심근병증"이라 함은 심근병증 분류표P(【별표27】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "심근병증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-선 검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심근병증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "심근병증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심근병증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "심근병증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심근병증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심근병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심근병증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

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

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-29. 주요심장염증질환진단비 특별약관, 주요심장염증질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("주요심장염증질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "주요심장염증질환"이라 함은 주요심장염증질환 분류표P(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "주요심장염증질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)와 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 흉부X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사, 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 혈액배양검사, 조직배양검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요심장염증질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "주요심장염증질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요심장염증질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요심장염증질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "주요심장염증질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 주요심장염증질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요심장염증질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요심장염증질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발

생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-30. 급성심장염진단비 특별약관(1,2종), 급성심장염진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("급성심장염"의 정의 및 진단확정)

1 "급성심장염"이라 함은 급성심장염 분류표P(【별표29】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "급성심장염"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)와 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 흉부X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "급성심장염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심장염"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심장염"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심장염"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심장염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제5조(특별약관의 보험기간)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-31. 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종)

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(뇌혈관질환)
- 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(허혈성심장질환)

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 2대질병("뇌혈관질환","허혈성심장질환")으로 진단확정된 경우에는 세부보장("뇌혈관질환","허혈성심장질환")별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

보장명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환진단비[주1)]	"뇌혈관질환"으로 진단확정시	뇌혈관질환진단비[주1)] 의 보험가입금액
허혈성심장질환진단비[주2)]	"허혈성심장질환"으로 진단확정시	허혈성심장질환진단비[주2)]의 보험가입금액

주1) 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(뇌혈관질환)
주2) 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(허혈성심장질환)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 2대질병("뇌혈관질환","허혈성심장질환")을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 2대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 2대질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비, 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단비를 세부보장("뇌혈관질환","허혈성심장질환")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가

선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다,

2-32. 특정심장방실및전도장애진단비 특별약관, 특정심장방실및전도장애진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

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

제1조("특정심장방실및전도장애"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정심장방실및전도장애"이라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정심장방실및전도장애"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "특정심장방실및전도장애"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정심장방실및전도장애"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정심장방실및전도장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정심장방실및전도장애"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정심장방실및전도장애진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정심장방실및전도장애진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제9호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

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

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

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

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

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

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

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

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-33. 2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 2대질병("뇌혈관질환","허혈성심장질환")으로 진단확정된 경우에는 세부보장("뇌혈관질환","허혈성심장질환")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 2대질병("뇌혈관질환","허혈성심장질환")을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 2대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따

라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 2대질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단비를 세부보장("뇌혈관질환","허혈성심장질환") 별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

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

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

제6조(특별약관의 보험기간)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다,

2-34. 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종)

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(뇌졸중)
- 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(급성심근경색증)

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표P(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표P(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 2대질병("뇌졸중","급성심근경색증")으로 진단확정된 경우에는 세부보장("뇌졸중","급성심근경색증")별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

보장명	지급사유	지급금액
뇌졸중진단비주1)	"뇌졸중"으로 진단확정시	뇌졸중진단비주1) 의 보험가입금액
급성심근경색증진단비주2)	"급성심근경색증"으로 진단확정시	급성심근경색증진단비주2)의 보험가입금액

주1) 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(뇌졸중)
주2) 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(급성심근경색증)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 2대질병("뇌졸중","급성심근경색증")을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 2대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 2대질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비, 급성심근경색증진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단비를 세부보장("뇌졸중","급성심근경색증")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다,

2-35. 2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(세부보장별각1회한) (태아보장용) 특별약관(1,2종)

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표P(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표P(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 2대질병("뇌졸중","급성심근경색증")으로 진단확정된 경우에는 세부보장("뇌졸중","급성심근경색증")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 2대질병("뇌졸중","급성심근경색증")을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 2대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라

이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 2대질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단비를 세부보장("뇌졸중","급성심근경색증")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다,

2-36. 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종)

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(뇌혈관질환)
- 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(심혈관질환)

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “심혈관질환”이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “심혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 2대질병(“뇌혈관질환”,“심혈관질환”)으로 진단확정된 경우에는 세부보장(“뇌혈관질환”,“심혈관질환”)별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

보장명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환진단비[주1)]	“뇌혈관질환”으로 진단확정시	뇌혈관질환진단비[주1)] 의 보험가입금액
심혈관질환진단비[주2)]	“심혈관질환”으로 진단확정시	심혈관질환진단비[주2)]의 보험가입금액

주1) 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(뇌혈관질환)
주2) 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(심혈관질환)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 2대질병(“뇌혈관질환”,“심혈관질환”)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 2대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 2대질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비, 심혈관질환진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단비를 세부보장(“뇌혈관질환”,“심혈관질환”)별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다,

2-37. 2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "심혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 2대질병("뇌혈관질환","심혈관질환")으로 진단확정된 경우에는 세부보장("뇌혈관질환","심혈관질환")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 2대질병("뇌혈관질환","심혈관질환")을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 2대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 2대질병진단비에서 이미 지급된 계약

자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대질병진단비를 세부보장("뇌혈관질환","심혈관질환")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다,

2-38. 폐렴진단비(갱신형) 특별약관(1,2종)

제1조("폐렴"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 폐렴 분류표P(【별표54】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "폐렴"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "폐렴"을 직접적인 원인으로 사망한 사실

이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 폐렴진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 폐렴진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐렴진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-39. 폐렴진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종)

제1조("폐렴"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 폐렴 분류표P(【별표54】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "폐렴"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 폐렴진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-40. 특정바이러스폐렴진단비(연간1회한) 특별약관(1종)

제1조("특정바이러스폐렴"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정바이러스폐렴"이라 함은 특정바이러스폐렴 분류표P(【별표55】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정바이러스폐렴"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 중합효소연쇄반응법(PCR) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정바이러스폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정바이러스폐렴"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정바이러스폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 특정바이러스폐렴진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는"특정바이러스폐렴"의 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-41. 천식지속상태(급성중증천식)진단비 특별약관

제1조("천식지속상태"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "천식지속상태"라 함은 천식지속상태 분류표P(【별표56】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "천식지속상태"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "천식지속상태"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "천식지속상태"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 천식지속상태진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "천식지속상태"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 천식지속상태진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 천식지속상태진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 천식지속상태진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-42. 패혈증진단비(갱신형) 특별약관(1,2종)

제1조("패혈증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 패혈증 분류표P(【별표57】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "패혈증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "패혈증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 패혈증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 패혈증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 패혈증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-43. 패혈증진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종)

제1조("패혈증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 패혈증 분류표P(【별표57】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "패혈증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 패혈증진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-44. 주요폐질환진단비 특별약관

제1조("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 주요폐질환 분류표P(【별표58】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "주요폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 주요폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료

를 지급한 경우에는 주요폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요폐질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-45. 주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 주요폐질환 분류표P(【별표58】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "주요폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 주요폐질환진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회

를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-46. 외부요인으로인한폐질환진단비 특별약관

제1조("외부요인으로인한폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "외부요인으로인한폐질환"이라 함은 외부요인으로인한폐질환 분류표P(【별표59】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "외부요인으로인한폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외부요인으로인한폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인으로인한폐질환"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 외부요인으로인한폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "외부요인으로인한폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 외부요인으로인한폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 외부요인으로인한폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 외부요인으로인한폐질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-47. 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("외부요인으로인한폐질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "외부요인으로인한폐질환"이라 함은 외부요인으로인한폐질환 분류표P(【별표59】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "외부요인으로인한폐질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "외부요인으로인한폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인으로인한폐질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 외부요인으로인한폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2 제1항의 외부요인으로인한폐질환진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-48. 급성신우신염진단비 특별약관, 급성신우신염진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급성신우신염"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성신우신염"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
급성세뇨관-간질신장염	N10

2 "급성신우신염"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "급성신우신염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성신우신염"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성신우신염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "급성신우신염"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성신우신염진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성신우신염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신우신염진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-49. 급성신부전진단비 특별약관, 급성신부전진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급성신부전"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성신부전"라 함은 급성신부전 분류표P(【별표60】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "급성신부전"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "급성신부전"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성신부전"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성신부전진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "급성신부전"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성신부전진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성신부전진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신부전진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도

인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-50. 인슐린의존당뇨병진단비 특별약관(1종)

제1조("인슐린의존 당뇨병"의 정의 및 진단확정)

1 "인슐린의존 당뇨병"이라 함은 췌장에서 인슐린 분비가 감소됨으로써 대사에 장애가 생기고 혈당이 높아지는 질병으로서 인슐린의존당뇨병 분류표P(【별표61】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "인슐린의존 당뇨병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "인슐린의존 당뇨병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "인슐린의존 당뇨병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 인슐린의존당뇨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "인슐린의존 당뇨병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 인슐린의존당뇨병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 인슐린의존당뇨병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 인슐린의존당뇨병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-51. 뇌하수체기능저하진단비 특별약관(1종)

제1조("뇌하수체기능저하"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌하수체기능저하"라 함은 뇌하수체기능저하 분류표P(【별표62】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌하수체기능저하"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액 채취를 통한 뇌하수체 및 표적장기호르몬 검사와 복합 뇌하수체 자극검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌하수체기능저하"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌하수체기능저하"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌하수체기능저하진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌하수체기능저하"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌하수체기능저하진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌하수체기능저하진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌하수체기능저하진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-52. 특정갑상선기능저하증진단비 특별약관(1,2종), 특정갑상선기능저하증진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("특정갑상선기능저하증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정갑상선기능저하증"이라 함은 특정갑상선기능저하증 분류표P(【별표63】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정갑상선기능저하증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 기능검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "특정갑상선기능저하증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정갑상선기능저하증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정갑상선기능저하증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정갑상선기능저하증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정갑상선기능저하증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정갑상선기능저하증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정갑상선기능저하증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-53. 희귀난치성7대질환진단비 특별약관, 희귀난치성7대질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("희귀난치성7대질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "희귀난치성7대질환"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병		분류번호
1. 재생불량성빈혈	·후천성 순수적혈구무형성[적모구감소] ·기타 무형성빈혈	D60 D61
2. 운동신경세포병	·운동신경세포병	G12.2
3. 파킨슨병	·파킨슨병 ·파킨슨병에서의 치매(G20†)	G20 F02.3*
4. 심근질환	·확장성 심근병증 ·폐색성 비대성 심근병증 ·기타 비대성 심근병증 ·심내막심근(호산구성)병 ·기타 제한성 심근병증	I42.0 I42.1 I42.2 I42.3 I42.5
5. 모야모야병	·모야모야병	I67.5
6. 전신홍반루푸스	·전신홍반루푸스	M32
7. 만성신장병	·만성 신장병(5기)	N18.5

다만, 상기질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)"는 포함하지 않습니다.

2 "희귀난치성7대질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "희귀난치성7대질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "희귀난치성7대질환" 중 만성 신장병(5기)은 보전요법으로는 치료가 불가능하여 신대체요법(복막투석, 혈액투석 및 신장이식)을 받고 있거나 받은 경우(단, 일시적으로 투석치료를 받는 경우는 제외합니다)에 한합니다.

[복막투석]
신장 기능이 떨어진 경우 뱃속으로 통하는 관을 삽입하여 투석액을 교환하는 시술을 말합니다.

[혈액투석]
인공 신장기를 이용하여 혈액 속 노폐물 제거, 신체 내 전해질 균형 유지, 과잉 수분을 제거하는 시술을 말합니다.

[신장이식]
정상 기능을 할 수 없는 신장을 대신하기 위해서 다른 사람에게서 기증받은 신장을 심어주는 수술을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "희귀난치성7대질환"으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀난치성7대질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "희귀난치성7대질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 희귀난치성7대질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 희귀난치성7대질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성7대질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-54. 질병12대장애진단비 특별약관(1,2종)

제1조("12대장애인"의 정의)

이 특별약관에서 "12대장애인"이라 함은 「장애인복지법 시행령」 제2조(장애의 종류 및 기준)(【부록】 참조)에서 정한 기준에 부합하는 지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인 또는 호흡기장애인으로서 「장애인복지법」 제32조(장애인 등록) 제1항(【부록】 참조)에 따라 장애인등록증을 받은 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장애인복지법 시행령」 제2조(장애의 종류 및 기준)(【부록】 참조)에서 정한 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 호흡기장애(이하 "12대장애"라 합니다) 중 하나 이상의 장애(자폐성장애, 정신장애, 뇌전증장애 제외)가 발생하고, "12대장애인"이 된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병12대장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자의 장애상태가 확정되기 전에 이 특별약관의 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일

부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」에 정한 장애판정시기에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다.

2 피보험자에게 12대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 "12대장애인"이 된 경우에도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병
7. 피보험자의 출생과정에서 발생한 원인으로 인한 장애 발생

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병12대장애진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-55. 소아백혈병진단비 특별약관(1,2종), 소아백혈병진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("소아백혈병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "소아백혈병"이라 함은 악성으로 변형된 조혈세포가 골수 및 림프조직에서 악성변형이 초래된 후 말초혈액으로 출현하고 다른 조직으로 침윤하는 것을 특징으로 하는 질병으로 소아백혈병 분류표P(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 이 때 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명

부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

3 "소아백혈병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적으로 진단되고 골수조직검사 및 혈액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "소아백혈병"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "소아백혈병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 소아백혈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 소아백혈병진단비 특별약관

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액

2. 소아백혈병진단비(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "소아백혈병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 소아백혈병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 소아백혈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "소아백혈병"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아백혈병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지

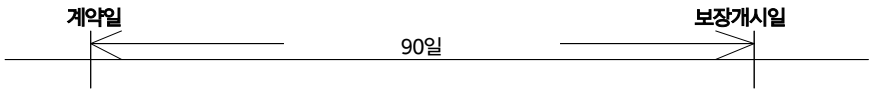
의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-56. 어린이심장관련특정질병진단비 특별약관(1종)

제1조("어린이심장관련특정질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "어린이심장관련특정질병"이라 함은 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)"과 "판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)"을 말합니다.

2 제1항에서 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)"이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고, 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.

3 제1항에서 "판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)"이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고, 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.

4 "어린이심장관련특정질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "어린이심장관련특정질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "어린이심장관련특정질병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이심장관련특정질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "어린이심장관련특정질병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 어린이심장관련특정질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 어린이심장관련특정질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 어린이심장관련특정질병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-57. 뇌성마비진단비 특별약관(1종), 뇌성마비진단비(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("뇌성마비"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌성마비"라 함은 뇌성마비 분류표P(【별표64】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌성마비"의 진단확정은 해당 분야의 전문의가 작성한 진료기록부상 "뇌성마비"의 전형적인 병력의

존재, 이학적 검사, 그리고 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌파검사(EEG)를 기초로 하여야 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌성마비"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌성마비진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌성마비"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌성마비진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌성마비진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌성마비진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-58. 중증틱장애진단비(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("중증틱장애"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "중증틱장애"라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한

국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애(데라투렛 증후군)	F95.2

다만, 상기질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00–P96)"는 포함하지 않습니다.

[중증틱장애(복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애(데라투렛 증후군))에 대한 세부 설명]
"중증틱장애"는 두 종류 이상의 "운동틱" 및 한 종류 이상의 "음성틱" 두 가지 틱 증상이 모두 나타나며(단, 반드시 동시에 나타나는 것은 아님) 전체 유병기간이 1년 이상 지속되는 경우를 말합니다. 또한 "중증틱장애"는 다음 제1호 또는 제2호의 특징을 보여야 합니다.

1. 첫 번째 틱이 "운동틱"으로 발현하는 경우 (가.~다. 모두 만족하여야 함)
   가. 첫 번째 틱이 "운동틱"으로 발현되어 1년 이상 지속
   나. 첫 번째와 다른 종류의 "운동틱" 발생
   다. "음성틱" 발생
2. 첫 번째 틱이 "음성틱"으로 발현하는 경우 (가. 및 나. 모두 만족하여야 함)
   가. 첫 번째 틱이 "음성틱"으로 발현되어 1년 이상 지속
   나. 서로 다른 종류의 "운동틱"이 두 가지 이상 발생

[운동틱] 얼굴 찡그리기, 눈 깜박임, 어깨 으쓱댐, 코 킁킁거림, 기침하기 등 행동의 반복을 보이거나, 몸 냄새 맡기, 손을 흔들거나 발로 차는 동작 등 의도적으로 보이는 복합 행동을 비자발적으로 반복하는 증상을 말합니다.

[음성틱] 저속한 언어를 말하는 외설증, 상대방이 한 말을 따라하는 반향언어(反響言語)처럼 의미를 가지는 복합 음성을 비자발적으로 반복하는 증상을 말합니다.

2 "중증틱장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중증틱장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(이하 "보장개시일"이라 합니다) 이후 "중증틱장애"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증틱장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에도 보험금을 지급합니다.

1. 보장개시일 전일 이전에 "중증틱장애"로 진단확정되어 보장개시일 이후에 걸쳐 증상이 지속되는 경우
2. 제2조("중증틱장애"의 정의 및 진단확정) 제1항의 "운동틱" 또는 "음성틱"이 발병하고 그 증상이 지속되어 보장개시일 이후에 "중증틱장애"로 진단확정되는 경우

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "중증틱장애"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중증틱장애진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증틱장애진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증틱장애진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-59. 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종), 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("선천이상(선천성뇌질환제외)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "선천이상(선천성뇌질환제외)"라 함은 "선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표(선천성뇌질환제외)P"(【별표65】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "선천이상(선천성뇌질환제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "선천이상(선천성뇌질환제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "선천이상(선천성뇌질환제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "선천이상(선천성뇌질환제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별

약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 1년만기이며 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-60. 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종), 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("특정선천이상(선천성뇌질환제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정선천이상(선천성뇌질환제외)"라 함은 "선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표(선천성뇌질환제외)P"(【별표65】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 혀유착증	Q38.1
2. 대설증	Q38.2
3. 혀의 기타 선천기형	Q38.3
4. 선천성 비신생물성 모반	Q82.5
5. 부이개	Q17.0

2 "특정선천이상(선천성뇌질환제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정선천이상(선천성뇌질환제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정선천이상(선천성뇌질환제외)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정선천이상(선천성뇌질환제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 1년만기이며 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-61. 중증아토피진단비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("중증아토피"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "중증아토피"라 함은 아토피성피부염 분류표P(【별표66】 참조)에서 정한 질병으로 진단확정되고, OSI(Objective SCORAD Index, 객관적 아토피증상 지수)점수가 40점 이상인 경우를 말합니다. 이 때 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

[OSI(Objective SCORAD Index, 객관적 아토피증상 지수] 아토피의 대표적인 평가기준인 SCORAD Index(SCORing Atopic Dermatitis Index) 중 주관적 증상(가려움과 수면장애 평가)을 제외한 객관적 지표인 병변의 범위(Extent), 병변의 정도(Intensity)만을 이용한 평가방법입니다.

2 제1항의 "중증아토피"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중증아토피"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증아토피"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증아토피진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "중증아토피"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중증아토피진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증아토피진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(아토피진단서 등). 다만, 회사 양식의 사고증명서를 추가로 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증아토피진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-62. ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형) 특별약관(1종)

제1조("ADHD(활동성 및 주의력 장애)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"라 함은 ADHD(활동성및주의력장애) 분류표P(【별표67】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 DSM-5(정신질환 진단 및 통계 편람 제5판)를 기초로 하여야 합니다.

단, DSM-5의 개정판이 출간되는 경우 보험금 지급사유 발생 당시의 최신판 DSM(미국 정신의학협회에서 발간하는 정신질환 진단 및 통계 편람)의 내용을 따릅니다.

[DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, 정신질환 진단 및 통계 편람 제5판)]

1952년부터 미국 정신의학협회(American Psychiatric Association)가 기획·출판하는 의료편람 제5판(2013)으로서 정신질환에 대해 가능한 모든 사례를 수록하고, 객관화한 데이터를 바탕으로 진단 기준을 제시하고 있어 정신질환의 진단 및 처방, 관련 산업과 행정 분야에서 주요 기준으로 활용되고 있습니다.

3 회사가 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"로 진단확정된 경우에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 ADHD(활동성및주의력장애)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "ADHD(활동성 및 주의력 장애)"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 ADHD(활동성및주의력장애)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절.

공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 ADHD(활동성및주의력장애)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 이미 2세를 초과한 경우
2. 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 ADHD(활동성및주의력장애)진단비 지급사유가 발생한 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 ADHD(활동성및주의력장애)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-63. 결핵진단비 특별약관

제1조("결핵"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "결핵"이라 함은 결핵 분류표P(【별표68】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin) 모두에 동시 내성이 있는 결핵균이 발견된 경우도 "결핵"으로 인정합니다.

2 "결핵"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "결핵"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제

출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "결핵"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "결핵"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 결핵진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 결핵진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-64. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관(1,2종)

제1조("약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"의 정의 및 진단확정)
1 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"이라 함은 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표P(【별표69】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin) 모두에 동시 내성이 있는 결핵균이 발견된 경우도 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"으로 인정합니다.
2 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 약제내성결핵진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 약제내성결핵진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 약제내성결핵진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-65. 중증세균성수막염진단비 특별약관(1종)

제1조("중증 세균성 수막염"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증 세균성 수막염"이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외합니다)으로 인해 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서 아래에 모두 해당하는 질병을 말합니다.

1. 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병

대상질병	분류번호
1. 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
2. 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01*

다만, 상기질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)"는 포함하지 않습니다.

2. 척수액에서 세균이 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상학적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백 증가가 나타남
3. "뇌영상 검사상의 이상 소견"과 함께 그 결과로 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결

핍"을 보여야 함

2 제1항 제3호의 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 경막하삼출(subdural effusion), 수두증(Hydrocephalus), 뇌농양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종(Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적 허혈(Focal infarction), 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 제1항 제3호의 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장해분류표(【별표1】 참조)상 신경계, 정신행동장해의 해당 지급률 25% 이상인 장해상태를 말합니다.

4 "중증 세균성 수막염"의 진단확정은 해당분야의 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중증 세균성 수막염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증 세균성 수막염"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증세균성수막염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "중증 세균성 수막염"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중증세균성수막염진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증세균성수막염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증세균성수막염진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-66. 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종), 수족구병진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수족구병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "수족구병"이라 함은 수족구병 분류표P(【별표70】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "수족구병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "수족구병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "수족구병"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 수족구병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 수족구병진단비는 "수족구병"의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "수족구병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 "연간" 한도 내에서 수족구병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 수족구병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 1년만기이며 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-67. 수두진단비 특별약관(1,2종), 수두진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("수두"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "수두"라 함은 수두 분류표P(【별표71】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "수두"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "수두"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 수두진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "수두"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 수두진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 수두진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 수두진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-68. 특정전염병발생금 특별약관, 특정전염병발생금(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("특정전염병"의 정의)

이 특별약관에서 "특정전염병"이라 함은 특정전염병 분류표P(【별표72】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질

병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정전염병"에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-69. 신생아기흉진단비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("신생아기흉"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "신생아기흉"이라 함은 신생아기흉 분류표P(【별표74】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "신생아기흉"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 흉부전산화단층촬영(CT) 또는 흉부방사선촬영 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "신생아기흉"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "신생아기흉"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아기흉진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "신생아기흉"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 신생아기흉진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 신생아기흉진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 신생아기흉진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 1년으로 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-70. 성조숙증진단비(갱신형) 특별약관(1종)

제1조("성조숙증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "성조숙증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
조발사춘기	E30.1

다만, 상기질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)"는 포함하지 않습니다.

2 "성조숙증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 증상과 함께 관련검사(호르몬검사, 영상검사 등)에서 기질적 이상이 확인되어야 합니다. 또한 회사가 "성조숙증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "성조숙증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성조숙증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "성조숙증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 성조숙증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 성조숙증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 피보험자가 약물복용 등으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)
다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료

를 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 이미 4세를 초과한 경우
2. 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 성조숙증진단비 지급사유가 발생한 경우

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 성조숙증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-71. 골다공증진단비 특별약관

제1조("골다공증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "골다공증"이라 함은 골다공증 분류표P(【별표75】 참조)에서 정한 질병으로 골다공증 진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(Dual energy X-ray absorptionmetry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -2.5이하인 경우를 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "골다공증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외) 면허를 가진 자에 의하여 표준적인 의학적 골다공증진단방법(요추, 대퇴골 경부, 대퇴골 전체를 측정하고 가장 낮은 T값으로 진단하는 방법)을 기준으로 하여 내려져야하며, 이중에너지 방사선 흡수계측법(DXA)으로 측정하는 골밀도 기기의 결과지를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "골다공증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항 및 제2항의 이중에너지 방사선 흡수계측법이 더 이상 골다공증진단방법으로 사용되지 않고, 국내 의학계에서 인정되는 골다공증진단방법이 변경될 경우에는 그 방법에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골다공증으로 진단 확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 골다공증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 골다공증의 진단 결과를 확인할 수 있는 서류(소견서, 진료확인서, 검사결과지 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "골다공증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 골다공증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 골다공증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 골다공증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제3조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-72. 연조직염진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("연조직염"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "연조직염"이라 함은 연조직염 분류표P(【별표76】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "연조직염"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "연조직염"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "연조직염"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 연조직염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 연조직염진단비는 "연조직염"의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-73. 대상포진진단비 특별약관

제1조("대상포진"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진"이라 함은 대상포진 분류표P(【별표77】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "대상포진"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "대상포진"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "대상포진"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "대상포진"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-74. 대상포진눈병진단비 특별약관

제1조("대상포진눈병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진눈병"이라 함은 대상포진눈병 분류표P(【별표78】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "대상포진눈병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진눈병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "대상포진눈병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "대상포진눈병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진눈병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고

계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-75. 통풍진단비 특별약관

제1조("통풍"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "통풍"이라 함은 통풍 분류표P(【별표79】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "통풍"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 검사 소견(혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광 현미경 검사, 기타 혈액검사 등) 및 영상 소견(초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등)을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통풍"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "통풍"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "통풍"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-76. 크론병진단비 특별약관

제1조("크론병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "크론병"이라 함은 크론병 분류표P(【별표80】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "크론병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 내과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직병리학적 · 방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "크론병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "크론병"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 크론병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "크론병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 크론병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 크론병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 크론병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가

선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-77. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관

제1조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.
2 제1항에서 "영구적인 재생불량성빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 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 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 "재생불량성빈혈"은 보장에서 제외됩니다.
4 "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 진단검사의학 또는 진단혈액학 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중대한 재생불량성빈혈"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한재생불량성빈혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "중대한 재생불량성빈혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 중대한재생불량성빈혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제6호 및 제8호 내지 제10호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이

연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】
이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)], 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에 서정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제2항의 ["암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】
이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지

의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-78. 특정정신질환진단비(연간1회한) 특별약관(1종)

제1조("특정정신질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정정신질환"이라 함은 특정정신질환 분류표P(【별표81】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정정신질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 DSM-V 또는 ICD-10 등의 진단기준을 근거로 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정정신질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정정신질환"으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정정신질환 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 특정정신질환진단비는 "특정정신질환"의 직접적인 원인, 종류와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-79. 특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조("특정언어장애 및 말더듬증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정언어장애 및 말더듬증"이라 함은 특정언어장애 및 말더듬증 분류표P(【별표82】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정언어장애 및 말더듬증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 가진 정신건강의학

과 전문의 또는 재활의학과 전문의에 의하여 병력 및 신경학적 검진 및 공인된 언어평가검사로 시행하고 그 결과를 기초로 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 필요시에는 수용언어 및 표현발달척도(PRES), 한국판웨스턴실어증검사(PK-WAB-R) 또는 K-WAB), 파라다이스 유창성 검사(P-FA), 말더듬도 심도검사(SSI) 등의 결과를 기초로 하여야 합니다. 회사가 "특정언어장애 및 말더듬증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정언어장애 및 말더듬증"으로 진단 확정된 경우 또는 이후에 "특정언어장애 및 말더듬증에 해당하는 상태가 진단 확정일부터 계속하여 지속되었음"이 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정언어장애 및 말더듬증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 특정언어장애 및 말더듬증진단비는 "특정언어장애 및 말더듬증"의 직접적인 원인, 종류와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-80. 돌발성난청진단비 특별약관

제1조("돌발성난청"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "돌발성난청"이라 함은 돌발성난청 분류표P(【별표83】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "돌발성난청"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 이비인후과 전문의에 의하여 청력검사결과를 기초로하여 내려져야 하며, 회사가 "돌발성난청"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "돌발성난청 "으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 돌발성난청진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "돌발성난청"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 돌발성난청진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 돌발성난청진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을

지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 돌발성난청진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-81. 특정자가면역질환진단비 특별약관

제1조("특정자가면역질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정자가면역질환"이라 함은 특정자가면역질환 분류표P(【별표84】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정자가면역질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 영상검사(초음파, CT, MRI 등), 내시경검사, 근전도검사, 조직검사 및 인자(rheumatoid factor) 또는 항CCP 항체검사 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정자가면역질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정자가면역질환"으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정자가면역질환진단비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정자가면역질환"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정자가면역질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정자가면역질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항

사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정자가면역질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-82. 특정천공진단비 특별약관

제1조 ("특정천공"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정천공"이라 함은 특정천공 분류표P(【별표85】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정천공"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정천공"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정천공"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정천공진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정천공"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정천공진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때

부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-83. 특정천공동반질병진단비 특별약관

제1조 ("특정천공동반질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정천공동반질병"이라 함은 특정천공동반질병 분류표P(【별표86】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정천공동반질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정천공동반질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정천공동반질병"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 특정천공동반질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정천공동반질병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정천공동반질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공동반질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공동반질병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-84. 특정천공동반게실병진단비 특별약관

제1조 ("특정천공동반게실병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정천공게실병"이라 함은 특정천공동반게실병 분류표P(【별표87】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정천공동반게실병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정천공동반게실병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정천공동반게실병"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 가입금액을 최초 1회에 한하여 특정천공동반게실병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정천공동반게실병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정천공동반게실병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공동반게실병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공동반게실병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지

의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-85. 질병수술비Q 특별약관, 질병수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는

치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-86. 질병수술비Q(특정2대경증질병제외) 특별약관, 질병수술비Q(특정2대경증질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정2대경증질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정2대경증질병"이란 특정2대경증질병 분류표P(【별표89】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정2대경증질병 분류표P(【별표89】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모

등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-87. 질병수술비Q(특정4대질병Ⅱ제외) 특별약관, 질병수술비Q(특정4대질병Ⅱ제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정4대질병Ⅱ는 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정4대질병Ⅱ"이란 특정4대질병Ⅱ 분류표P(【별표90】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살". "특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함), "백내장" 및 "대장용종"을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정4대질병Ⅱ 분류표P(【별표90】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살", "특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)", "백내장" 및 "대장용종"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-88. 질병수술비Q(특정5대질병제외) 특별약관, 질병수술비Q(특정5대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정5대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정5대질병"이란 특정5대질병 분류표P(【별표91】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정5대질병 분류표P(【별표91】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-89. 질병수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관, 질병수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정9대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정9대질병"이란 특정9대질병 분류표P(【별표92】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정9대질병 분류표P(【별표92】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 대장용종, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성신생물, 피부종양, 갑상선 질환 및 양성 신생물

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-90. 질병수술비Q(특정10대질병제외) 특별약관, 질병수술비Q(특정10대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정10대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정10대질병"이란 특정10대질병 분류표P(【별표93】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 대장용종, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 피부종양, 갑상선 질환 및 양성신생물 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정10대질병 분류표P(【별표93】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 대장용종, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 피부종양, 갑상선 질환 및 양성신생물 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-91. 질병종합병원수술비Q 특별약관, 질병종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니

다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-92. 질병종합병원수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관, 질병종합병원수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정9대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합보험수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정9대질병"이란 특정9대질병 분류표P(【별표92】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병종합보험수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정9대질병 분류표P【별표92】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-93. 질병상급종합병원수술비Q 특별약관, 질병상급종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-94. 질병상급종합병원수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관, 질병상급종합병원수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정9대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정9대질병"이란 특정9대질병 분류표P【별표92】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정9대질병 분류표P【별표92】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-95. 질병상급종합병원수술비Q(특정10대질병제외) 특별약관, 질병상급종합병원수술비Q(특정10대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정10대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 "특정10대질병"이란 특정10대질병 분류표P【별표93】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 대장용종, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 피부종양, 갑상선 질환 및 양성신생물 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)을 말합니다.
3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정10대질병 분류표P【별표93】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 대장용종, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 피부종양, 갑상선 질환 및 양성신생물 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사

용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-96. 질병수술비Q(수술1회당) 특별약관, 질병수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상 모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-97. 질병수술비Q(특정2대경증질병제외,수술1회당) 특별약관, 질병수술비Q(특정2대경증질병제외,수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정2대경증질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "특정2대경증질병"이란 특정2대경증질병 분류표P(【별표89】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"을 말합니다.

3 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

4 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인

해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 특정2대경증질병 분류표P(【별표89】 참조)에서 정한 "티눈 및 굳은살" 및 "특정 눈 및 귀 질환"

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-98. 질병종합병원수술비Q(수술1회당) 특별약관, 질병종합병원수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(“종합병원”의 정의)
이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병종합병원수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병종합병원수술비를 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-99. 질병상급종합병원수술비Q(수술1회당) 특별약관, 질병상급종합병원수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병상급종합병원수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병상급종합병원수술비를 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 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. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시

각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-100. 질병1-5종수술비ⅢQ 특별약관, 질병1-5종수술비ⅢQ(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 질병1-5종수술비ⅢQ
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(1종)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(2종)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(3종)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(4종)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(5종)
2. 질병1-5종수술비ⅢQ(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(1종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(2종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(3종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(4종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비ⅢQ(5종)(태아보장용)

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

수술의 종류	지급금액
1종	질병1-5종수술비Ⅲ Q(1종)[주1)]의 보험가입금액
2종	질병1-5종수술비Ⅲ Q(2종)[주2)]의 보험가입금액
3종	질병1-5종수술비Ⅲ Q(3종))[주3)]의 보험가입금액
4종	질병1-5종수술비Ⅲ Q(4종)[주4)]의 보험가입금액
5종	질병1-5종수술비Ⅲ Q(5종)[주5)]의 보험가입금액

주1) 질병1-5종수술비Ⅲ Q(1종), 질병1-5종수술비Ⅲ Q(1종)(태아보장용)
주2) 질병1-5종수술비Ⅲ Q(2종), 질병1-5종수술비Ⅲ Q(2종)(태아보장용)
주3) 질병1-5종수술비Ⅲ Q(3종), 질병1-5종수술비Ⅲ Q(3종)(태아보장용)
주4) 질병1-5종수술비Ⅲ Q(4종), 질병1-5종수술비Ⅲ Q(4종)(태아보장용)
주5) 질병1-5종수술비Ⅲ Q(5종), 질병1-5종수술비Ⅲ Q(5종)(태아보장용)

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대한 질병1-5종수술비만 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

4 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)의 수술종류 중 48항 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
2 제1항의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "요실금수술(급여)"을 받은 날로 합니다.
4 제1항의 "요실금수술(급여)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.
5 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)의 수술종류 중 44항 "치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술" 및 55항 "제왕절개만출술(帝王切開娩出術)"은 아래에 해당하는 질병으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험금을 지급합니다.

수술종류		대상질병	분류번호
제왕절개만출술		임신, 출산 및 산후기 질병	O00-O99
치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술	직장 및 항문관련질환	1. 항문 및 직장부의 열창 및 누공 2. 항문 및 직장부의 농양 3. 항문 및 직장의 기타 질환	K60 K61 K62
	치핵	치핵 및 항문주위정맥혈전증 - 포함 : 치질 - 제외 : 합병증 (출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4))	K64

6 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)의 수술종류 중 3-1항 "유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술"은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 "유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술" 기준으로 보험금을 지급합니다.
7 제6항에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조) "Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술"을 준용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
(단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다)

7. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-101. 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당) 특별약관, 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(1종)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(2종)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(3종)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(4종)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(5종)
2. 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(1종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(2종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(3종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(4종)(태아보장용)
   - 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(5종)(태아보장용)

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항 내지 제4항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종 수술 분류표(【별표94】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당) 특별약관

수술종류	지급금액
1종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(1종)의 보험가입금액
2종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(2종)의 보험가입금액
3종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(3종)의 보험가입금액
4종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(4종)의 보험가입금액
5종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(5종)의 보험가입금액

2. 질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관

수술종류	지급금액
1종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(1종)(태아보장용)의 보험가입금액
2종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(2종)(태아보장용)의 보험가입금액
3종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(3종)(태아보장용)의 보험가입금액
4종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(4종)(태아보장용)의 보험가입금액
5종	질병1-5종수술비IVQ(수술1회당)(5종)(태아보장용)의 보험가입금액

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 질병1-5종 수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

3 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)의 수술종류 중 48항 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "요실금수술(급여)"을 받은 날로 합니다.

4 제1항의 "요실금수술(급여)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

5 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조)의 수술종류 중 3-1항 "유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술"은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 "유방의비대(N62)로 인한 유방절단수술" 기준으로 보험금을 지급합니다.

6 제5항에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표94】 참조) "Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술"을 준용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99).
   (단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
   (단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "요실금수술(급여)"로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.)
7. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-102. 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)

제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술 및 시술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
2 제1항의 "수술 및 시술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)"중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별

표95】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
7. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
8. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
9. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
10. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술 종류	지급금액
1종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)의 보험가입금액
2종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)의 보험가입금액
3종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)의 보험가입금액
4종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)의 보험가입금액
5종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)의 보험가입금액
6종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)의 보험가입금액
7종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)의 보험가입금액
8종	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수

술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 질병1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 질병1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다. **[예시]** 피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병1-8종수술비를 지급합니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시] 자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다. ·진단명 : 기관의 악성 신생물(C33) ·의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 질병1-8종수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 질병1-8종수술비를 각각 지급합니다.

7 "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

8 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

3 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표95】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-103. 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관, 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)
2. 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)(태아보장용)
   - 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)(태아보장용)

제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술 및 시술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 "수술시술코드"라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "수술 및 시술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"분류체계에 따라 부여된 "ADRG(Adjacent DRG)"중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고 "KDRG(Korean Diagnosis Related Group)"개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 "수술시술코드"가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 "수술시술코드"를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표Q (【별표96】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]-1~2문 치료	HD122
7. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만	HD123
8. 양성자치료[1회당]-3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상	HD124
9. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
10. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술시술종류	지급금액
1종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)주1)의 보험가입금액
2종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)주2)의 보험가입금액
3종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(3종))주3)의 보험가입금액
4종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)주4)의 보험가입금액
5종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)주5)의 보험가입금액
6종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(6종))주6)의 보험가입금액
7종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)주7)의 보험가입금액
8종	질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)주8)의 보험가입금액

주1) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(1종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)(태아보장용)
주2) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(2종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)(태아보장용)
주3) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(3종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)(태아보장용)
주4) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(4종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)(태아보장용)
주5) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(5종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)(태아보장용)
주6) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(6종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)(태아보장용)
주7) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(7종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)(태아보장용)
주8) 질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(8종),
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)(태아보장용)

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 질병1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 질병1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.
[예시]
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병1-8종수술비를 지급합니다.

5 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시]
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.
·진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)
·의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 질병1-8종수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 질병1-8종수술비를 각각 지급합니다.

7 "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

8 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
3. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
4. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

3 회사는 1-8종수술 및 시술 분류표Q(【별표96】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-104. 암(4대유사암포함)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관, 암(4대유사암포함)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C44(기타피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C73(갑상선의

악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
7 제6항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
“암”으로 수술시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 수술시		이 특별약관 보험가입금액의 20%	
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시		이 특별약관 보험가입금액의 10%	

2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
“암”으로 수술시	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 20%
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 10%

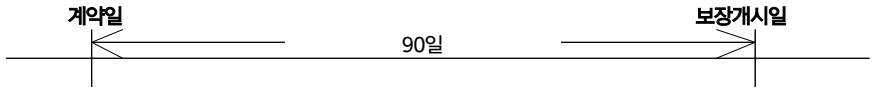
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 암수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)
1 보통약관 Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일.
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음

날.

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



2 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. “암”의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-105. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관, 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】: 이 특별약관의 보험가입금액
2. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암(4대유사암제외)수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

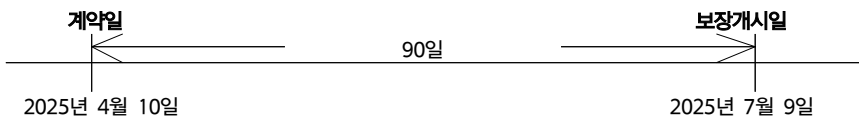
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-106. 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관, 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며,, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle

aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 4대유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-107. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관, 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기

능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2. 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

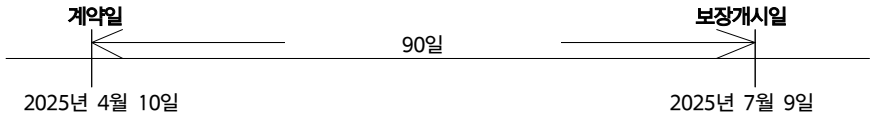
"항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암(4대유사암제외)수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-108. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("항암약물치료"등의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 제1항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "주사제 항암약물치료"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

4 이 특별약관에서 "주사제 외 항암약물치료"라 함은 제2항에서 정한 "주사제 항암약물치료" 이외의 "항암약물치료"를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 "주사제 항암약물치료"를 받은 경우에는 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암" 각각 입원 또는 통원당 각각 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관

가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	연령	계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
"암"	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
"기타피부암" 및 "갑상선암"	15세 미만	이 특별약관 보험가입금액의 20%	
	15세 이상		

나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 "주사제 외 항암약물치료"를 받은 경우에는 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암" 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관

가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	연령	계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
"암"	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
"기타피부암" 및 "갑상선암"	15세 미만	이 특별약관 보험가입금액의 20%	
	15세 이상		

나. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
"암"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액
"기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

2. 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관

구분	지급금액
“암”으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

3 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “주사제 외 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 “주사제 항암약물치료“ 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

2 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제3조(“항암약물치료” 등의 정의)의 “항암약물치료”에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 항암약물치료비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특별약관의 무효)

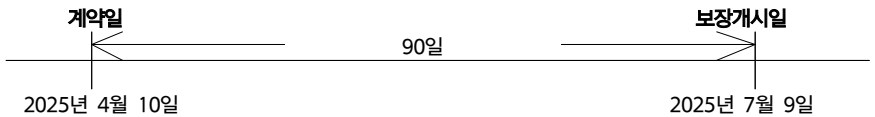
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



2 “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. “암”의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지

난 날의 다음날
2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-109. 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당), 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정유사암포함)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)
이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암" 각각 치료 1회당 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	연령	계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
"암"	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
"기타피부암" 및 "갑상선암"	15세 미만	이 특별약관 보험가입금액의 20%	
	15세 이상		

   나. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
"암"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액
"기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

2. 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

구분	지급금액
"암"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액
"기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

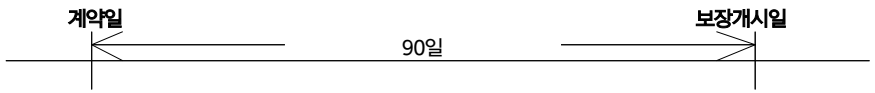
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.
2 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)
1 보통약관 I 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보

장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



2 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
1. "암"의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-110. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)
이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고

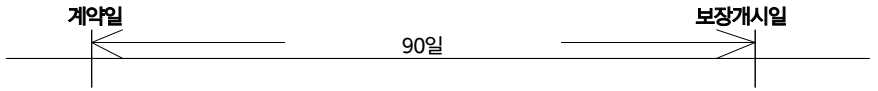
계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-111. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관, 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암약물치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
2 제1항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관
가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액

나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

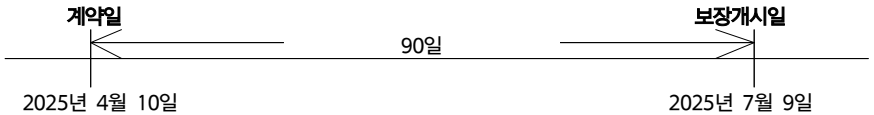
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-112. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("암 특정치료"의 정의)
이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 "암 보험금 지급기간" 이내에 "암"으로 "암 특정치료"를 받은 경우에는 "암 보험금 지급기간"동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 "암"으로 진단확정된 날까지 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 【3종(계약전환용)】: 이 특별약관의 보험가입금액

[보험금 지급 예시]
- 위암 최초 진단 확정일 : 2027년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2025년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
위암수술 2회 위암 항암약물치료1회 ↓	**위암 항암방사선치료 5회 ↓**	**암 특정치료 미시행 ↓**	**…**	**대장암 항암약물치료 1회 ↓**
1회 지급	**1회 지급**	**미지급**	**…**	**1회 지급**

2027.1.1. (위암 진단확정일) 2028.1.1 2029.1.1 2030.1.1 2036.1.1 2036.12.31. (암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 "연간"이라 함은 "암" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일 전일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “암 보험금 지급기간”이란 “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “암 보험금 지급기간”으로 합니다.
4 제1항의 지급금액은 “암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
다음 각 호의 사항은 “암 특정치료”에 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 “암 특정치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제8조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)
1 피보험자가 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이

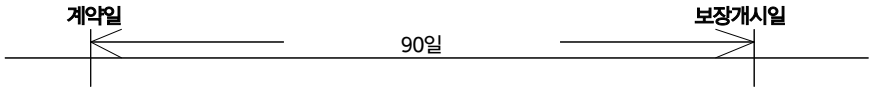
연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
【3종(계약전환용)】
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
6 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
【3종(계약전환용)】
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음

날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제14조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제15조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-113. 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("특정유사암 특정치료"의 정의)
이 특별약관에서 "특정유사암 특정치료"이라 함은 "특정유사암"을 제거하거나 "특정유사암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "특정유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, "특정유사암"으로 인하여「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "특정유사암 특정치료"로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 "특정유사암"으로 "특정유사암 특정치료"를 받은 경우에는 "특정유사암 보험금 지급기간" 동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유사암진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급 예시]
- 갑상선암 최초 진단 확정일 : 2027년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2025년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
갑상선암 수술 2회 ↓	갑상선암 항암방사선치료 5회 ↓	특정유사암 특정치료 미시행 ↓	…	기타피부암 항암약물치료 1회 ↓
1회 지급	1회 지급	미지급	…	1회 지급

2027.1.1. (갑상선암 진단확정일) 2028.1.1 2029.1.1 2030.1.1 2036.1.1 2036.12.31. (특정유사암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 "연간"이라 함은 "특정유사암" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 특정유사암 진단 해당일 전일(특정유사암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 특정유사암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 특정유사암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 "특정유사암 보험금 지급기간"이란 "특정유사암" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "특정유사암 특정치료"를 받은 경우에는 "특정유사암" 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "특정유사암 보험금 지급기간"으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 "특정유사암 보험금 지급기간" 동안 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 "특정유사암"으로 진단확정되고 보험기간이

종료되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간"이 종료되지 않았을 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 "특정유사암 특정치료"에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "특정유사암"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "특정유사암" 및 "특정유사암 특정치료"로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "특정유사암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제8조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 "특정유사암"으로 진단확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자가 보험기간 중 "특정유사암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항 및 2항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연

체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 특별약관 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제4항의 [“암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병50%이상후유장해”에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3(“질병50%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제9조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 “특정유사암”으로 최초 진단 확정되고 제5조(보험금의 지급사유)

제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-114. 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원,국립암센터)(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "국립암센터"의 정의)
1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "국립암센터"라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

제3조("암 특정치료"의 정의)
이 특별약관에서 "암 특정치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로

그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, "암"으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 "암 특정치료"로 봅니다.

제4조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제5조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 "암 보험금 지급기간" 이내에 "암 특정치료"를 받은 시점 기준 상급종합병

원 또는 국립암센터에서 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암 보험금 지급기간”동안 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 “암”으로 진단확정된 날까지 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 【3종(계약전환용)】: 이 특별약관의 보험가입금액

[보험금 지급 예시]
– 위암 최초 진단 확정일 : 2027년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2025년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
상급종합병원 또는 국립암센터에서 위암수술 2회 위암 항암약물치료 1회 ↓	**상급종합병원 또는 국립암센터에서 위암 항암방사선치료 5회 ↓**	**상급종합병원 또는 국립암센터 이외 의료기관에서 위암 항암방사선치료 1회 ↓**	**…**	**상급종합병원 또는 국립암센터 의료기관에서 대장암 항암약물치료 1회 ↓**
1회 지급	**1회 지급**	**미지급**	**…**	**1회 지급**

2027.1.1. (위암 진단확정일) 2028.1.1 2029.1.1 2030.1.1 2036.1.1 2036.12.31. (암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 “연간”이라 함은 “암” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일 전일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다)까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “암 보험금 지급기간”이란 “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 “암 특정치료”를 받은 경우에는 “암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “암 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제6조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “암” 및 “암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)
1 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
【3종(계약전환용)】
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

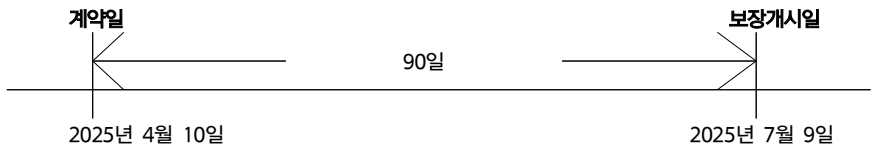
제12조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제11조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
6 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제11조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제13조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난

날의 다음날

제15조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제16조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 제13조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 최초 진단 확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제17조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-115. 특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원,국립암센터)(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "국립암센터"의 정의)
1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “국립암센터”라 함은 「암관리법」 제27조(국립암센터 설립 등)(【부록】 참조)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

제3조(“특정유사암 특정치료”의 정의)

이 특별약관에서 “특정유사암 특정치료”이라 함은 “특정유사암”을 제거하거나 “특정유사암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “특정유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “특정유사암”으로 인하여「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 “특정유사암 특정치료”로 봅니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제5조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 “특정유사암 보험금 지급기간” 이내에 “특정유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 국립암센터에서 “특정유사암”으로 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 “특정유사암 보험금 지급기간” 동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유사암진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급 예시]

- 갑상선암 최초 진단 확정일 : 2027년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2025년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
상급종합병원 또는 국립암센터에서 갑상선암 수술 2회 ↓	**상급종합병원 또는 국립암센터에서 갑상선암 항암방사선치료 5회 ↓**	**상급종합병원 또는 국립암센터 이외 의료기관에서 갑상선암 항암방사선치료 1회 ↓**	**…**	**상급종합병원 또는 국립암센터에서 기타피부암 항암약물치료 1회 ↓**
1회 지급	**1회 지급**	**미지급**	**…**	**1회 지급**

2027.1.1. (갑상선암 진단확정일) 2028.1.1 2029.1.1 2030.1.1 2036.1.1 2036.12.31. (특정유사암 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 “연간”이라 함은 “특정유사암” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 특정유사암 진단 해당일(특정유사암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 특정유사암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 특정유사암 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 “특정유사암 보험금 지급기간”이란 “특정유사암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우에는 “특정유사암” 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 “특정유사암 보험금 지급기간”으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “특정유사암 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제6조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 “특정유사암”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “특정유사암 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제6조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “특정유사암 특정치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 “특정유사암”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. “특정유사암” 및 “특정유사암 특정치료”로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "특정유사암 특정치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등을 말합니다)

제9조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 "특정유사암"으로 진단확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간"이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자가 보험기간 중 "특정유사암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항 및 2항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

5 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 "특정유사암"으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암"에 대한 납입면제보장개시일(이하 "암납입면제보장개시일"이라 합니다) 전일 이전에 "암"으로 진단확정되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 특별약관 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제4항의 ["암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제10조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 "특정유사암"으로 최초 진단 확정되고 제6조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "특정유사암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-116. 2대질병진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("2대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "2대질병"이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 "2대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "2대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

5 "2대질병" 중 "뇌혈관질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

6 "2대질병" 중 "허혈성심장질환"의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조("2대질병 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "2대질병 특정치료"라 함은 함은 "2대질병 수술", "2대질병 혈전용해치료" 및 "2대질병 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "2대질병 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "2대질병"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "2대질병 수술"에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "2대질병 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "2대질병 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "2대질병 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "2대질병 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "2대질병 중환자실치료"이라 함은 의사에 의하여 "2대질병"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 진단확정 되고 "2대질병 보험금 지급기간" 이내에 "2대질병"으로 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 "2대질병 보험금 지급기간"동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급 예시]
- 2대질병 최초 진단 확정일 : 2027년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2025년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
2대질병수술 2회 중환자실치료1회 ↓	2대질병 혈전용해치료 5회 ↓	2대질병 특정치료 미시행 ↓	…	2대질병 혈전용해치료 1회 ↓
1회 지급	1회 지급	미지급	…	1회 지급

2027.1.1. (2대질병 진단확정일) 2028.1.1 2029.1.1 2030.1.1 2036.1.1 2036.12.31. (2대질병 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 "연간"이라 함은 "2대질병" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 2대질병 진단 해당일(2대질병 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 2대질병 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 2대질병 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 "2대질병 보험금 지급기간"이란 "2대질병" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 "2대질병" 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "2대질병 보험금 지급기간"으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 "2대질병 보험금 지급기간" 동안 적용합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제4조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 "2대질병"으로 진단확정되고 보험기간이 종

료되더라도 제4조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “2대질병 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중에 “2대질병”으로 진단확정되고 제4조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “2대질병 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

【3종(계약전환용)】

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “2대질병”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관에 대한 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 특별약관 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하

여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제4항의 ["암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 최초 진단 확정되고 제4조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "2대질병 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-117. 2대질병진단후특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(진단후10년,연간1회한) 특별약관

제1조("2대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "2대질병"이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며,

질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 "2대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "2대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

5 "2대질병" 중 "뇌혈관질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

6 "2대질병" 중 "허혈성심장질환"의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("상급종합병원" 및 "권역심뇌혈관질환센터"의 정의)

1 이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "권역심뇌혈관질환센터"라 함은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)(【부록】 참조)에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("2대질병 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "2대질병 특정치료"라 함은 함은 "2대질병 수술", "2대질병 혈전용해치료" 및 "2대질병 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "2대질병 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "2대질병"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "2대질병 수술"에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "2대질병 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "2대질병 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "2대질병 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "2대질병 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "2대질병 중환자실치료"이라 함은 의사에 의하여 "2대질병"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 진단확정 되고 "2대질병 보험금 지급기간" 이내에 "2대질병 특정치료"를 받은시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "2대질병"으로 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 "2대질병 보험금 지급기간"동안 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병진단후특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급 예시]
- 2대질병 최초 진단 확정일 : 2027년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2025년 1월 1일)

1차년도	2차년도	3차년도	…	10차년도
상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 2대질병수술 2회 중환자실치료1회 ↓	상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 2대질병 혈전용해치료 5회 ↓	상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터 이외 의료기관에서 2대질병 혈전용해치료 1회 ↓	…	상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 2대질병 혈전용해치료 1회 ↓
1회 지급	1회 지급	미지급	…	1회 지급

2027.1.1. (2대질병 진단확정일) 2028.1.1 2029.1.1 2030.1.1 2036.1.1 2036.12.31. (2대질병 보험금 지급기간 종료일)

2 제1항의 "연간"이라 함은 "2대질병" 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 2대질병 진단 해당일(2대질병 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 2대질병 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 2대질병 진단 해당일로 합니다.

3 이 특별약관에서 "2대질병 보험금 지급기간"이란 "2대질병" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 "2대질병" 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "2대질병 보험금 지급기간"으로 합니다.

4 제1항의 지급금액은 “2대질병 보험금 지급기간” 동안 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제5조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 “2대질병”으로 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “2대질병 보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 피보험자가 보험기간 중에 “2대질병”으로 진단확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 “2대질병 보험금 지급기간”이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 태아인 경우 출생일 이전에 제1항의 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
4 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제8호 및 제9호에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
【3종(계약전환용)】
1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자가 “2대질병”으로 진단확정되고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관에 대한 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)
【1종(기본형)】,【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1 계약자는 피보험자가 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제9조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 특별약관 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제8조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
5 제4항의 ["암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안] 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
7 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의2("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
8 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병50%이상후유장해"에 대해서는 보통약관Ⅰ 제3절. 납입면제조항 제11조의3("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【3종(계약전환용)】
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제8조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
3 제2항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)
1 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제38조(해약환급금)을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 최초 진단 확정되고 제5조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 "2대질병 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 및 제38조(해약환급금)는 준용하지 않습니다.

2-118. 2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("2대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "2대질병"이라 함은 "뇌혈관질환" 및 "허혈성심장질환"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 "2대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "2대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

5 "2대질병" 중 "뇌혈관질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

6 "2대질병" 중 "허혈성심장질환"의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("2대질병 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "2대질병 특정치료"라 함은 함은 "2대질병 수술", "2대질병 혈전용해치료" 및 "2대질병 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "2대질병 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "2대질병"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "2대질병 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "2대질병 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "2대질병 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "2대질병 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "2대질병 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "2대질병 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "2대질병"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대질병"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "2대질병 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "2대질병 특정치료"를 받은 날로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-119. 경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("경증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "경증순환계질환"이라 함은 경증순환계질환 분류표P【별표32】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "경증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "경증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "경증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("경증순환계질환 특정치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "경증순환계질환 특정치료"라 함은 함은 "경증순환계질환 수술", "경증순환계질환 혈전용해치료" 및 "경증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.
2 제1항의 "경증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "경증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "경증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "경증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "경증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "경증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "경증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.
9 제1항의 "경증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "경증순환계질환"의 치료를 목적으로

"중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "경증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 경증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-120. 중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("중등증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등증순환계질환"이라 함은 중등증순환계질환 분류표P【별표33】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중등증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중등증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("중등증순환계질환 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "중등증순환계질환 특정치료"라 함은 함은 "중등증순환계질환 수술", "중등증순환계질환 혈전용해치료" 및 "중등증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "중등증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중등증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "중등증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생

체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중등증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중등증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "중등증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중등증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중등증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중등증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중등증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이특별약관의 보험가입금액을 중등증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-121. 중증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("중증순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증순환계질환"이라 함은 중증순환계질환 분류표P【별표34】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중증순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중증순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중증순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("중증순환계질환 특정치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "중증순환계질환 특정치료"라 함은 함은 "중증순환계질환 수술", "중증순환계질환 혈전용해치료" 및 "중증순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.

2 제1항의 "중증순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중증순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "중증순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중증순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중증순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "중증순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "중증순환계질환 혈전용해치료"에서 제외됩니다.

9 제1항의 "중증순환계질환 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "중증순환계질환"의 치료를 목적으로 "중환자실"에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "중증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "중증순환계질환 특정치료"를 받은 날로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-122. 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관

제1조("중등증Ⅱ순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등증Ⅱ순환계질환"이라 함은 중등증Ⅱ순환계질환 분류표P【별표35】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "중등증Ⅱ순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "중등증Ⅱ순환계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "중등증Ⅱ순환계질환"의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니

다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조("중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "중등증Ⅱ순환계질환 특정치료"라 함은 함은 "중등증Ⅱ순환계질환 수술", "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료" 및 "중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료"를 말합니다.
2 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "중등증Ⅱ순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제2항 및 제3항의 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 "중등증Ⅱ순환계질환 수술"에 포함되지 않습니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

6 제1항의 "중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
7 제6항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

8 제6항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “중등증Ⅱ순환계질환 혈전용해치료”에서 제외됩니다.
9 제1항의 “중등증Ⅱ순환계질환 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “중등증Ⅱ순환계질환”의 치료를 목적으로 “중환자실”에 입원하여 의사 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “중등증Ⅱ순환계질환”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “중등증Ⅱ순환계질환 특정치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “중등증Ⅱ순환계질환 특정치료”를 받은 날로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-123. 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종)

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 “분류번호 C44(기타피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준] 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 “특정유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “특정유사암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료"의 정의)
이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우에는 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-124. 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종)

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C44(기타피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암약물치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
2 제1항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우에는 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 세부보장("기타피부암", "갑상선암")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-125. 특정유사암항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종)

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 “특정유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 “특정유사암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의)
1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우에는 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액
“기타피부암”	“항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”	“항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선약물치료비를 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-126. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
• 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색
• 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
5 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액
2. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

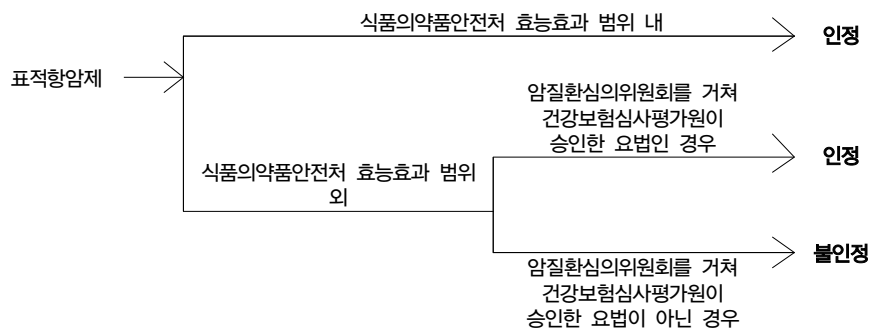
구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

3. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

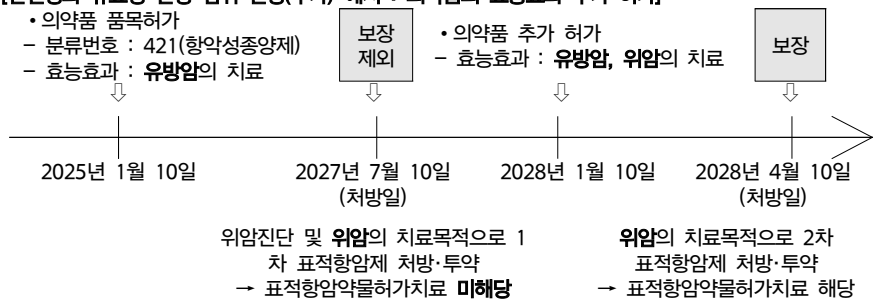
1 제3조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위]

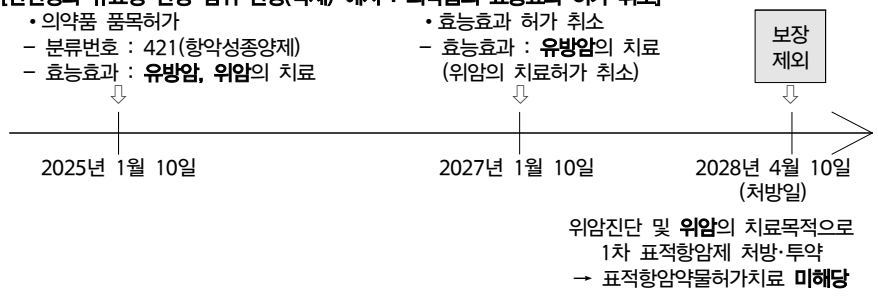


2 제3조(보험금의 지급사유)에서 “표적항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가]



[안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시 : 의약품의 효능효과 허가 취소]



3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험

수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

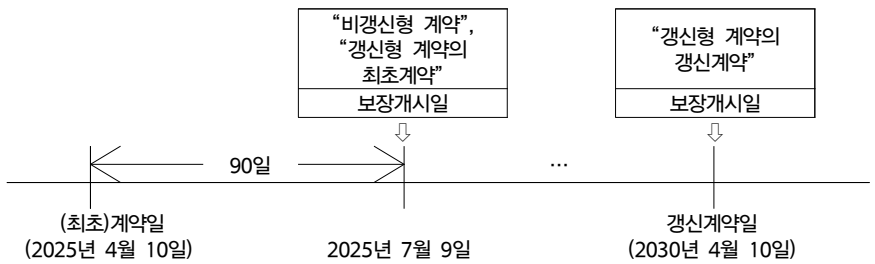
제8조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-127. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(호르몬 관련 치료제)"(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 치료제르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	

나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

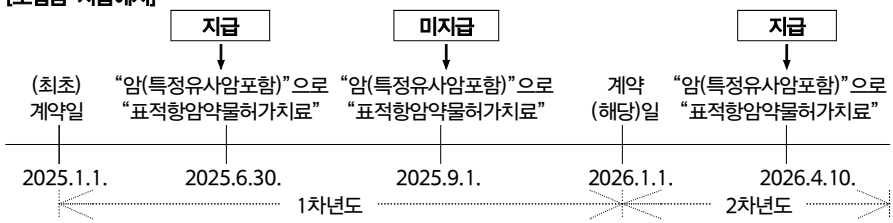
구분	지급금액			지급한도
	최초계약		갱신계약	
	계약일부터 경과기간			
	90일 이하	90일 초과		
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	

3. 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 표적항암약물허가치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

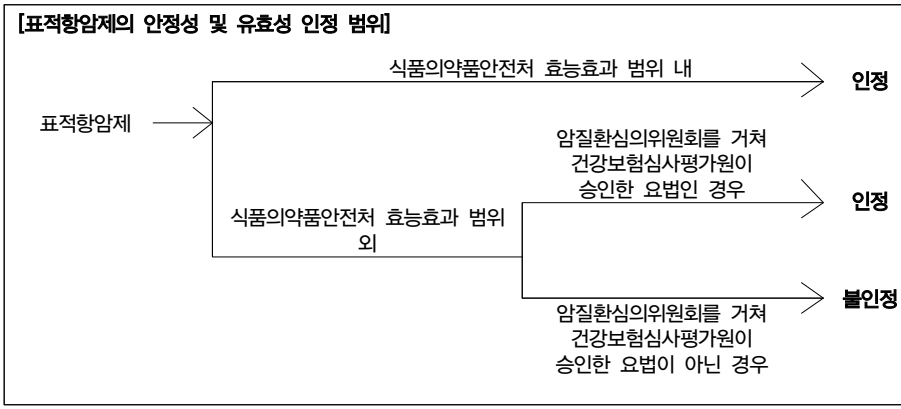
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "표적항암약물허가치료"를 받은 날로 합니다.

[보험금 지급예시]

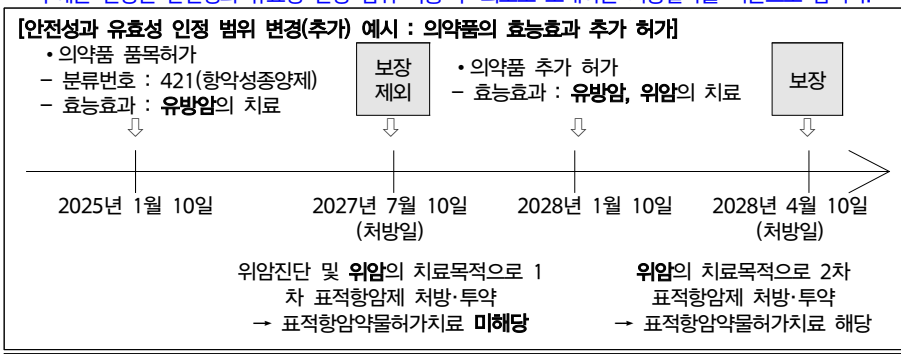


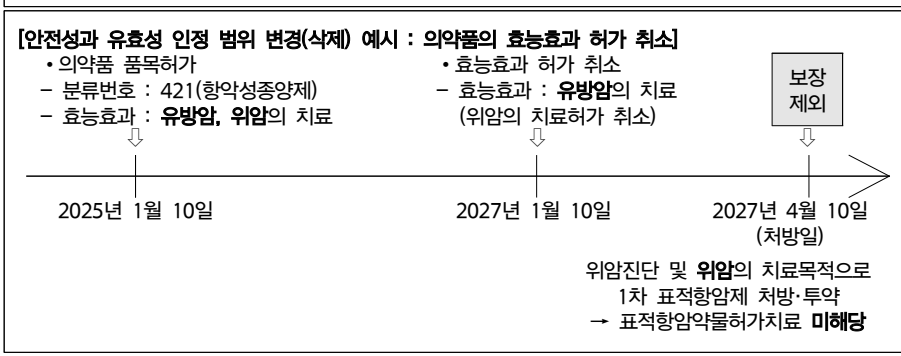
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "표적항암약물허가치료를 받은 경우"라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

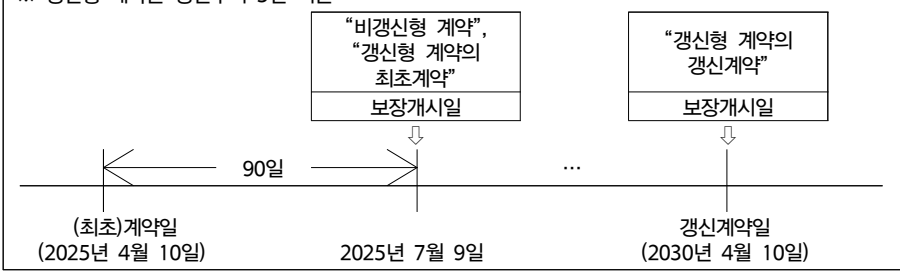
제7조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-128. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관, 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"이라 함은 "카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표P"(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "카티(CAR-T)치료제"란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T)치료제]
카티치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

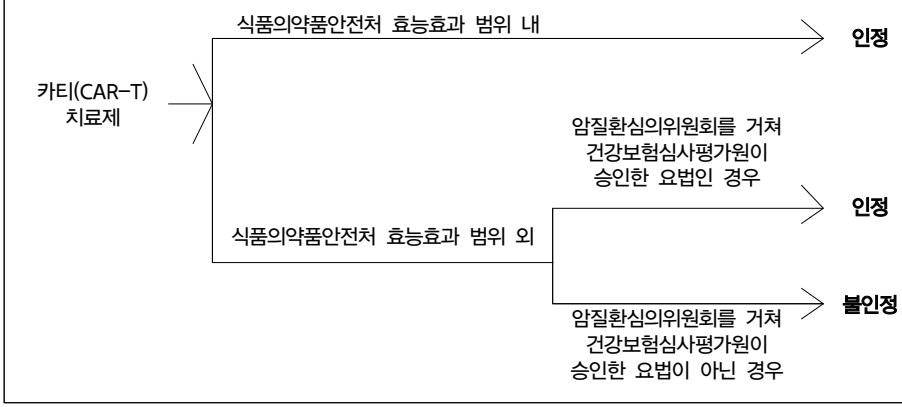
구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

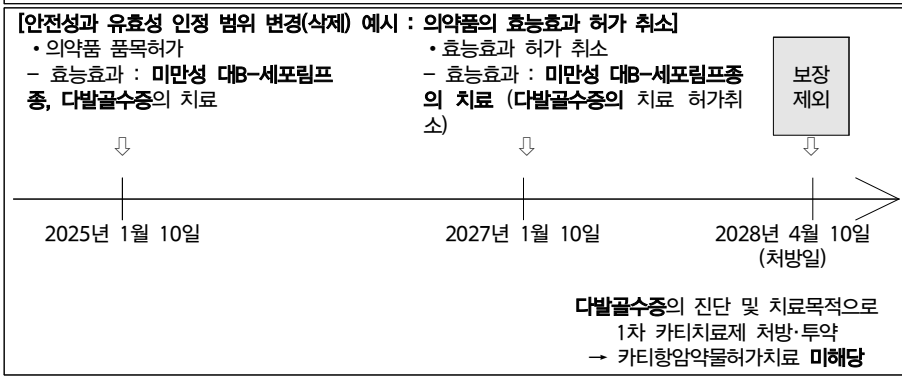
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료비는 "카티(CAR-T)치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[카티(CAR-T)치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우"라 함은 카티(CAR-T)치료제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



3 제2항에 따라 안전성과 유효성 인정 범위가 변경되는 경우, 변경된 안전성과 유효성 인정 범위에 따라 "카티(CAR-T)보장 대상 암"을 변경하여 적용합니다.

4 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티항암약물허가치료 증명서
   가. 카티항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험

수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

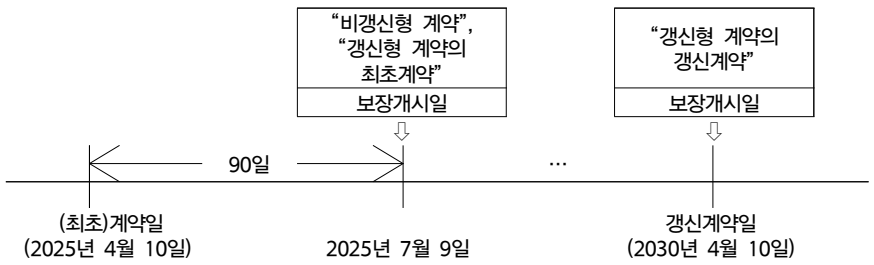
제8조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-129. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증

을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암세기조절방사선치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 "항암방사선치료" 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 세기조절방사선치료법을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선 세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

[세기조절방사선치료법]
방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

2 제1항의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암세기조절방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

3. 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

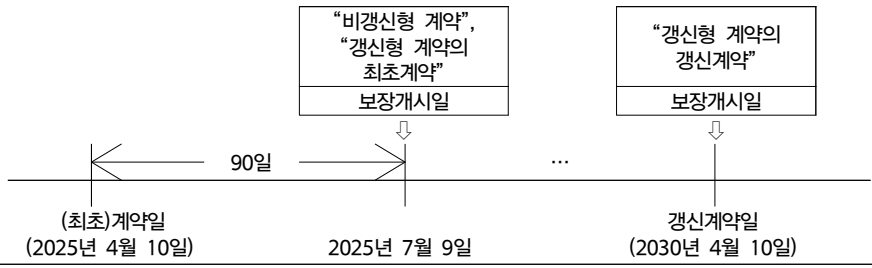
제7조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-130. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관, 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
  - ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
  - ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암양성자방사선치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "항암양성자방사선치료"라 함은 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

2 제1항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관

가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

3. 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

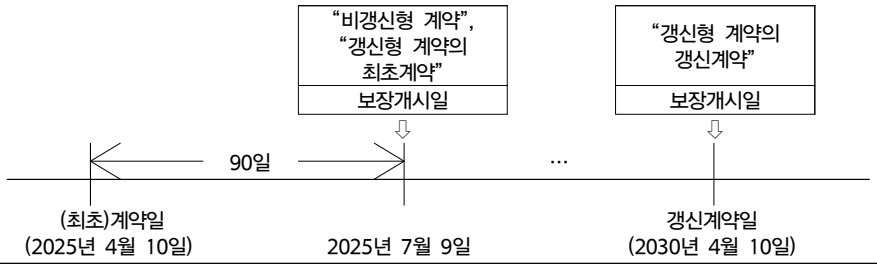
제7조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-131. 암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,최초1회한)
- 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,최초1회한)
- 특정유사암항암방사선치료비(일부본인부담급여,최초1회한)
- 특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,최초1회한)
- 암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부본인부담급여,최초1회한)
- 암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,최초1회한)
- 특정유사암항암약물치료비(일부본인부담급여,최초1회한)
- 특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,최초1회한)

제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

6 "암(특정유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(특정유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "일부본인부담급여 항암방사선치료"라 함은 제1항의 "항암방사선치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표97】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 단, 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전

부를 본인이 부담하는 경우)의 경우는 제외 합니다.

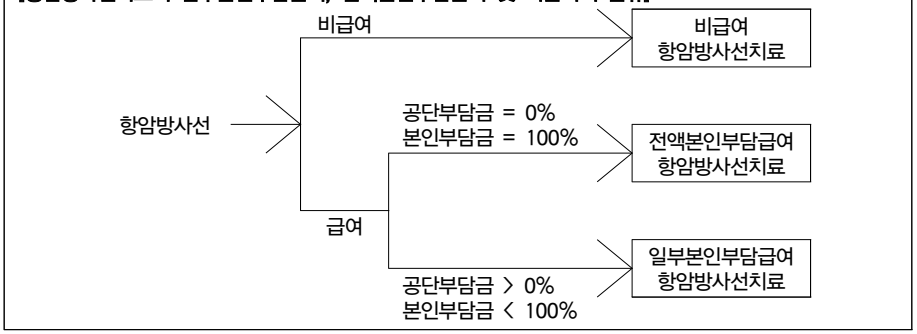
3 이 특별약관에서 “전액본인부담급여 항암방사선치료”라 함은 “급여 항암방사선치료 인정기준” 중 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)을 말합니다.

4 이 특별약관에서 “비급여 항암방사선치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암방사선치료 인정기준” 외로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는것을 말합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.

6 제2항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표97】 참조)에 해당하는 진료행위 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[항암방사선치료의 일부본인부담급여, 전액본인부담급여 및 비급여의 분류]



제3조(“항암약물치료” 등의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “일부본인부담급여 항암약물치료”라 함은 제1항의 “항암약물치료” 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표98】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 “급여 항암약물 인정기준”이라 합니다)을 투여하는 것을 말합니다. 단, 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이부담하는 경우)의 경우는 제외 합니다.

3 이 특별약관에서 “전액본인부담급여 항암약물치료”라 함은 “급여 항암약물 인정기준” 중 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)을 말합니다.

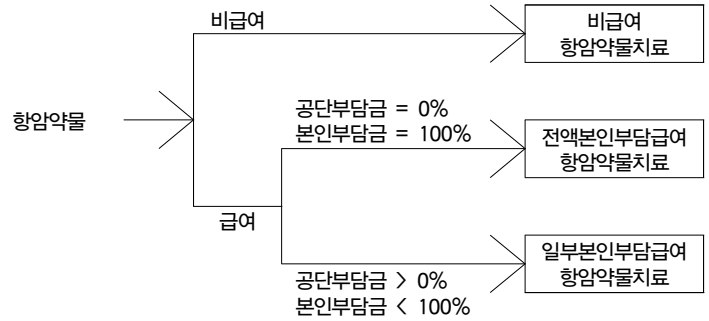
4 이 특별약관에서 “비급여 항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암약물 인정기준” 외로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암약물 인정기준”을 따릅니다.

6 제2항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표98】 참조)에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

7 제1항 및 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

[항암약물치료의 일부본인부담급여, 전액본인부담급여 및 비급여의 분류]



제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우에는 각 세부보장별로 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="3">구 분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th colspan="2">계약일부터 경과기간</th></tr>
<tr><th>90일이하</th><th>90일초과</th></tr>
<tr><td rowspan="2">“암”으로 “일부본인부담급여 항암방사선치료” 시</td><td>15세 미만</td><td colspan="2">암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한)주1) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>15세 이상</td><td>–</td><td>암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한)주1) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td rowspan="2">“암”으로 “전액본인부담급여 항암방사선치료” 또는 “비급여 항암방사선치료”시</td><td>15세 미만</td><td colspan="2">암(4대유사암제외)항암방사선치료비 (비급여및전액본인부담급여,1회한)주2) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>15세 이상</td><td>–</td><td>암(4대유사암제외)항암방사선치료비 (비급여및전액본인부담급여,1회한)주2) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td rowspan="2">“암”으로 “일부본인부담급여 항암약물치료” 시</td><td>15세 미만</td><td colspan="2">암(4대유사암제외)항암약물치료비 (일부본인부담급여,1회한)주3) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>15세 이상</td><td>–</td><td>암(4대유사암제외)항암약물치료비 (일부본인부담급여,1회한)주3) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td rowspan="2">“암”으로 “전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “비급여 항암약물치료”시</td><td>15세 미만</td><td colspan="2">암(4대유사암제외)항암약물치료비 (비급여및전액본인부담급여,1회한)주4) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>15세 이상</td><td>–</td><td>암(4대유사암제외)항암약물치료비 (비급여및전액본인부담급여,1회한)주4) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td colspan="2">“기타피부암” 및 “갑상선암” 으로 “일부본인부담급여 항암방사선치료” 시</td><td colspan="2">특정유사암항암방사선치료비 (일부본인부담급여,1회한)주5) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td colspan="2">“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 “전액본인부담급여 항암방사선치료” 또는 “비급여 항암방사선치료”시</td><td colspan="2">특정유사암항암방사선치료비 (비급여및전액본인부담급여,1회한)주6) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td colspan="2">“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 “일부본인부담급여 항암약물치료” 시</td><td colspan="2">특정유사암항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한) 주7) 보험가입금액</td></tr>
<tr><td colspan="2">“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 “전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “비급여 항암약물치료”시</td><td colspan="2">특정유사암항암약물치료비(비급여및 전액본인부담급여,1회한)주8) 보험가입금액</td></tr>
</table>

2. 【3종(계약전환용)】

구 분	지급금액
“암”으로 “일부본인부담급여 항암방사선치료” 시	암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한)주1) 보험가입금액
“암”으로 “전액본인부담급여 항암방사선치료” 또는 “비급여 항암방사선치료”시	암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)주2) 보험가입금액
“암”으로 “일부본인부담급여 항암약물치료” 시	암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한)주3) 보험가입금액
“암”으로 “전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “비급여 항암약물치료”시	암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)주4) 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암” 으로 “일부본인부담급여 항암방사선치료” 시	특정유사암항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한)주5) 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 “전액본인부담급여 항암방사선치료” 또는 “비급여 항암방사선치료”시	특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)주6) 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 “일부본인부담급여 항암약물치료” 시	특정유사암항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한)주7) 보험가입금액
“기타피부암” 및 “갑상선암”으로 “전액본인부담급여 항암약물치료” 또는 “비급여 항암약물치료”시	특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)주8) 보험가입금액

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 아래의 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다.

1. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한)
2. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)
3. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한)
4. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한), 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한), 특정유사암항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한), 특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한), 특정유사암항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한), 특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한), 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한), 특정유사암항암방사선치료비(일부본인부담급여,1회한), 특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한), 특정유사암항암약물치료비(일부본인부담급여,1회한), 특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,1회한)로 각각 1회씩(총8회) 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제

7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

"암"의 보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

2 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. "암"의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암" 및 "기타피부암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-132. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비 (비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료" 등의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "전액본인부담급여 항암방사선치료"라 함은 제1항의 "항암방사선치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표97】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
3 이 특별약관에서 "비급여 항암방사선치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암방사선치료 인정기준" 외로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는것을 말합니다.
4 제2항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암방사선치료 인정기준"을 따릅니다.
5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표97】 참조)에 해당하는 진료행위 외에 "급여 항암방사선치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담급여 항암방사선치료" 또는 "비급여 항암방사선치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 【3종(계약전환용)】: 이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 전액본인부담급여 항암방사선치료" 또는 "비급여 항암방사선치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

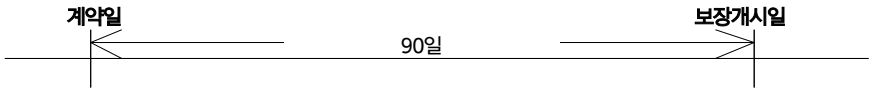
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-133. 암(4대유사암제외)항암약물치료비 (비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암약물치료" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "전액본인부담급여 항암약물치료"라 함은 제1항의 "항암약물치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표98】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 "급여 항암약물 인정기준"이라 합니다)을 투여하는 것에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "비급여 항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암약물 인정기준" 외로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

4 제2항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암약물 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암약물 인정기준"을 따릅니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표98】 참조)에 해당하는 약제 외에 "급여 항암약물 인정기준"에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

6 제1항 및 제3항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암

세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담급여 항암약물치료" 또는 "비급여 항암약물치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	지급금액		지급한도
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 【3종(계약전환용)】: 이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "전액본인부담 항암약물치료" 또는 "비급여 항암약물치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

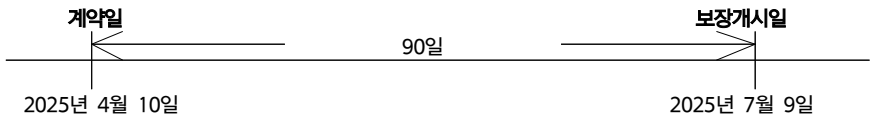
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-134. 특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료" 등의 정의)
1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "전액본인부담급여 항암방사선치료"라 함은 제1항의 "항암방사선치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표97】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
3 이 특별약관에서 "비급여 항암방사선치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암방사선치료 인정기준" 외로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료를 하는것을 말합니다.
4 제2항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암방사선치료 인정기준"을 따릅니다.
5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표97】 참조)에 해당하는 진료행위 외에 "급여 항암방사선치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위

도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담급여 항암방사선치료" 또는 "비급여 항암방사선치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "전액본인부담급여 항암방사선치료" 또는 "비급여 항암방사선치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-135. 특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관

제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정유사암"이라 함은 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 말합니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

5 "특정유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "특정유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암약물치료" 등의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를

목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "전액본인부담급여 항암약물치료"라 함은 제1항의 "항암약물치료" 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표98】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 "급여 항암약물 인정기준"이라 합니다)을 투여하는 것에 대하여 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "비급여 항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암약물 인정기준" 외로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

4 제2항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암약물 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암약물 인정기준"을 따릅니다.

5 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표98】 참조)에 해당하는 약제 외에 "급여 항암약물 인정기준"에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

6 제1항 및 제3항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정유사암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담급여 항암약물치료" 또는 "비급여 항암약물치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "전액본인부담 항암약물치료" 또는 "비급여 항암약물치료"를 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-136. 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ (세부보장별각1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 14개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(입술,구강및인두암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(대장암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(특정소화기관암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(폐암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(유방암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(특정여성생식기관암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(자궁관련암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(난소암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(혈액암)(1회한)
- 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(남성생식기관및유방암)(1회한)

제1조("통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"이라 함은 "입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)", "혈액암" 및 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "입술,구강및인두암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14

3 이 특별약관에서 "대장암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 결장의 악성 신생물	C18
2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
3. 직장의 악성신생물	C20
4. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5

4 이 특별약관에서 "특정소화기관암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16
3. 소장의 악성 신생물	C17
4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
5. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
6. 담낭의 악성 신생물	C23
7. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
8. 췌장의 악성 신생물	C25
9. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
10. 소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
11. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
12. 위의 이차성 악성 신생물	C78.80
13. 췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
14. 비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
15. 기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
16. 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89

5 이 특별약관에서 "폐암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 기관의 악성 신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
3. 폐의 이차성 악성 신생물	C78.0

6 이 특별약관에서 "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
2. 부비동의 악성 신생물	C31
3. 후두의 악성 신생물	C32
4. 흉선의 악성 신생물	C37
5. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
6. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
7. 종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
8. 흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
9. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3

7 이 특별약관에서 "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
2. 피부의 악성 흑색종	C43
3. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
4. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
5. 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물	C77
6. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
7. 피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
8. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
9. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
10. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
11. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
12. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
13. 독립된(원발성) 여러부위의 악성 신생물	C97

8 이 특별약관에서 "유방암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80

9 이 특별약관에서 "특정여성생식기관암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
4. 태반의 악성 신생물	C58
5. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

10 이 특별약관에서 "자궁관련암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁경부의 악성 신생물	C53
2. 자궁체부의 악성 신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

11 이 특별약관에서 "난소암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 난소의 악성 신생물	C56
2. 난소의 이차성 악성 신생물	C79.6

12 이 특별약관에서 "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 요로의 악성 신생물	C64~C68
2. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
3. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1

13 이 특별약관에서 "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
2. 부신의 악성 신생물	C74
3. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
4. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
5. 부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

⑭ 이 특별약관에서 "혈액암"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
2. 진성 적혈구증가증	D45
3. 골수형성이상증후군	D46
4. 만성 골수증식질환	D47.1
5. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
6. 골수섬유증	D47.4
7. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

⑮ 이 특별약관에서 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
3. 유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
4. 생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

⑯ "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"으로 진단 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우에는 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)", "혈액암" 및 "남성생식기관및유방암(전이암포함)")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
입술,구강및인두암으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	입술,구강및인두암항암방사선약물치료비[주1)]의 보험가입금액	입술,구강및인두암항암방사선약물치료비[주1)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
대장암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	대장암항암방사선약물치료비[주2)]의 보험가입금액	대장암항암방사선약물치료비[주2)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정소화기관암 (전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	특정소화기관암항암방사선약물치료비[주3)]의 보험가입금액	특정소화기관암항암방사선약물치료비[주3)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
폐암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	폐암항암방사선약물치료비[주4)]의 보험가입금액	폐암항암방사선약물치료비[주4)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	특정호흡기및흉곽내기관암항암방사선약물치료비[주5)]의 보험가입금액	특정호흡기및흉곽내기관암항암방사선약물치료비[주5)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암항암방사선약물치료비[주6)]의 보험가입금액	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암항암방사선약물치료비[주6)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
유방암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	유방암항암방사선약물치료비[주7)]의 보험가입금액	유방암항암방사선약물치료비[주7)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
특정여성생식기관암 (전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	특정여성생식기관암항암방사선약물치료비[주8)]의 보험가입금액	특정여성생식기관암항암방사선약물치료비[주8)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
자궁관련암으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	자궁관련암항암방사선약물치료비[주9)]의 보험가입금액	자궁관련암항암방사선약물치료비[주9)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
난소암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	난소암항암방사선약물치료비[주10)]의 보험가입금액	난소암항암방사선약물치료비[주10)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
비뇨기관암(요로암) (전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	비뇨기관암(요로암)항암방사선약물치료비[주11)]의 보험가입금액	비뇨기관암(요로암)항암방사선약물치료비[주11)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
눈,뇌,중추신경계통 및 내분비선암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는	15세 미만	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암항암방사선약물치료비[주12)]의 보험가입금액	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암항암방사선약물치료비[주12)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	

구분		계약일부터 경과기간	
		90일이하	90일 초과
“항암약물약물치료” 시			
혈액암으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	혈액암항암방사선약물치료비[주13)]의 보험가입금액	혈액암항암방사선약물치료비[주13)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	
남성생식기관및유방암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	15세 미만	남성생식기관및유방암항암방사선약물치료비[주14)]의 보험가입금액	남성생식기관및유방암항암방사선약물치료비[주14)]의 보험가입금액
	15세 이상	–	

2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
입술,구강및인두암으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	입술,구강및인두암항암방사선약물치료비[주1)]의 보험가입금액
대장암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	대장암항암방사선약물치료비[주2)]의 보험가입금액
특정소화기관암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	특정소화기관암항암방사선약물치료비[주3)]의 보험가입금액
폐암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	폐암항암방사선약물치료비[주4)]의 보험가입금액
특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	특정호흡기및흉곽내기관암항암방사선약물치료비[주5)]의 보험가입금액
뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암항암방사선약물치료비[주6)]의 보험가입금액
유방암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	유방암항암방사선약물치료비[주7)]의 보험가입금액
특정여성생식기관암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	특정여성생식기관암항암방사선약물치료비[주8)]의 보험가입금액
자궁관련암으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	자궁관련암항암방사선약물치료비[주9)]의 보험가입금액
난소암(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	난소암항암방사선약물치료비[주10)]의 보험가입금액
비뇨기관암(요로암)(전이암포함)으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물약물치료” 시	비뇨기관암(요로암)항암방사선약물치료비[주11)]의 보험가입금액
눈,뇌,중추신경계통 및 내분비선암(전이암포함)으로	눈,뇌,중추신경계통및내분비선암항암방사선약물치료비[주12)]의 보험가입금액

구분	지급금액
"항암방사선치료" 또는 "항암약물약물치료" 시	
혈액암으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물약물치료" 시	혈액암항암방사선약물치료비[주13)]의 보험가입금액
남성생식기관및유방암(전이암포함)으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물약물치료" 시	남성생식기관및유방암항암방사선약물치료비[주14)]의 보험가입금액

주1) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(입술,구강및인두암)(1회한)
주2) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(대장암)(1회한)
주3) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(특정소화기관암)(1회한)
주4) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(폐암)(1회한)
주5) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한)
주6) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(1회한)
주7) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(유방암)(1회한)
주8) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(특정여성생식기관암)(1회한)
주9) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(자궁관련암)(1회한)
주10) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(난소암)(1회한)
주11) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(비뇨기관암(요로암))(1회한)
주12) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(1회한)
주14) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(혈액암)(1회한)
주14) 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(남성생식기관및유방암)(1회한)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"은 남성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

2 제3조(보험금의 지급사유)의 "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)" 및 "유방암(전이암포함)"은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "통합암(4대유사암제외,전이암포함)Ⅱ"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입술,구강및인두암항암방사선약물치료비, 대장암항암방사선약물치료비, 특정소화기관암항암방사선약물치료비, 폐암항암방사선약물치료비, 특정호흡기및흉곽내기관암항암방사선약물치료비, 뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암항암방사선약물치료비, 유방암항암방사선약물치료비, 특정여성생식기관암항암방사선약물치료비, 자궁관련암항암방사선약물치료비, 난소암항암방사선약물치료비, 비뇨기관암(요로암)항암방사선약물치료비, 눈,뇌,중추신경계통및내분비선암항암방사선약물치료비, 혈액암항암방사선약물치료비, 남성생식기관및유방암항암방사선약물치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ를 세부보장별("입술,구강및인두암", "대장암(전이암포함)", "특정소화기관암(전이암포함)", "폐암(전이암포함)", "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)", "뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암(전이암포함)", "유방암(전이암포함)", "특정여성생식기관암(전이암포함)", "자궁관련암", "난소암(전이암포함)", "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)", "눈,뇌,중추신경계통및내분비선암(전이암포함)", "혈액암" 및 "남성생식기관및유방암(전이암포함)")로 각각 1회씩(피보험자가 남성인 경우 총 10회, 여성인 경우 총 13회) 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과

미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

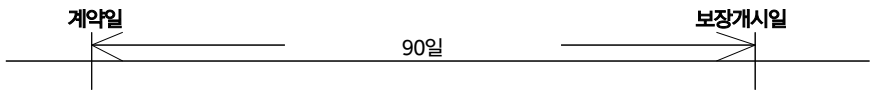
4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

[보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-137. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관, 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기

타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

2 이 특별약관에서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

5 제4항의 “면역요법”이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액

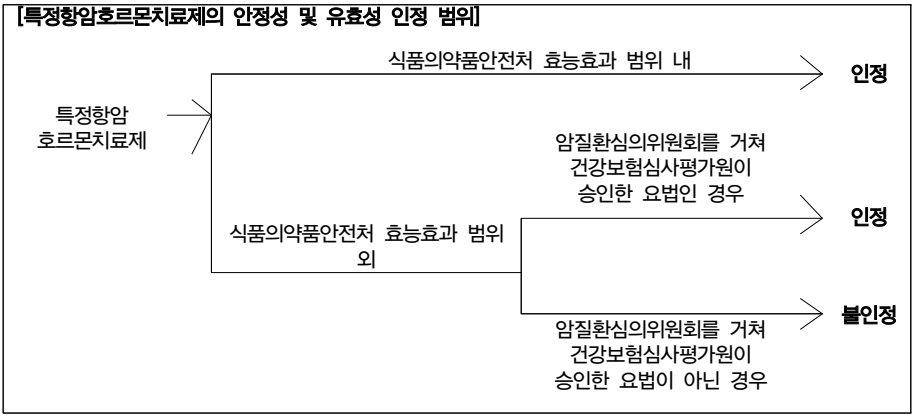
   나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관

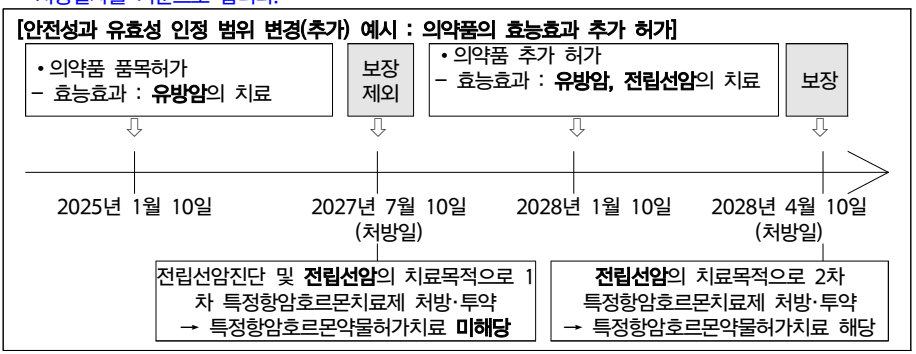
구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

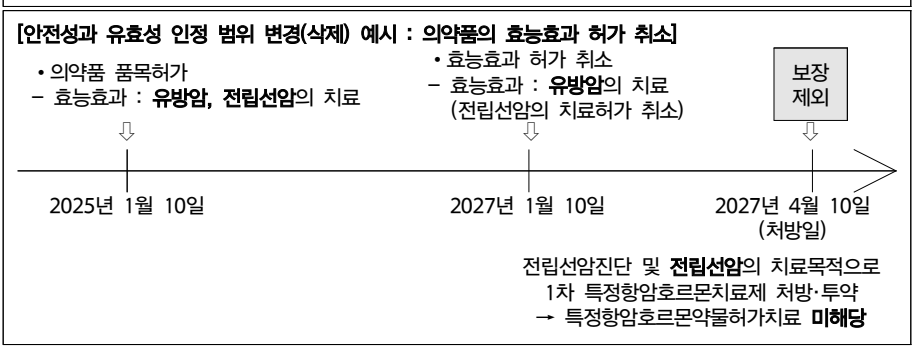
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우"라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사

유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

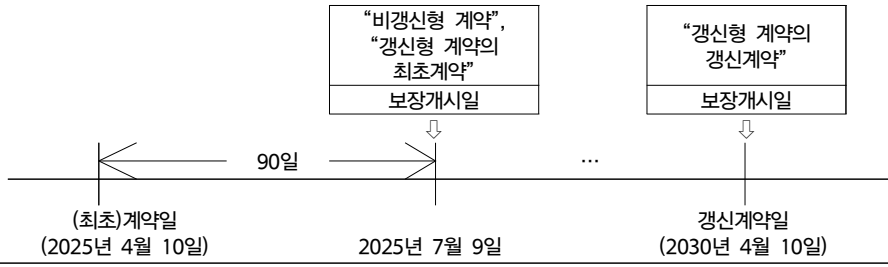
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]
※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-138. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관, 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진

단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.
2 이 특별약관에서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
3 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]
• 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색
• 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
5 제4항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없

는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관

가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분	계약일부터 경과기간	
	90일 이하	90일 초과
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액

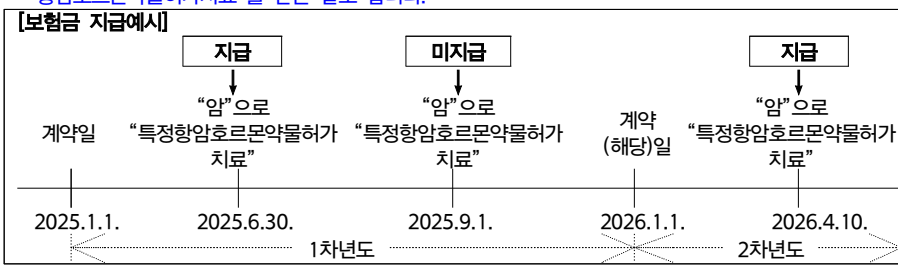
나. 【3종(계약전환용)】 : 이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

구분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과	
15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

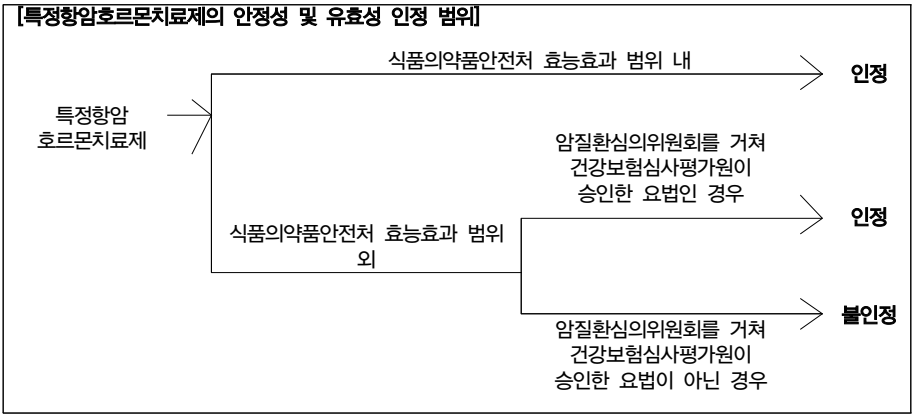
2 제1항의 특정항암호르몬약물허가치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 날로 합니다.

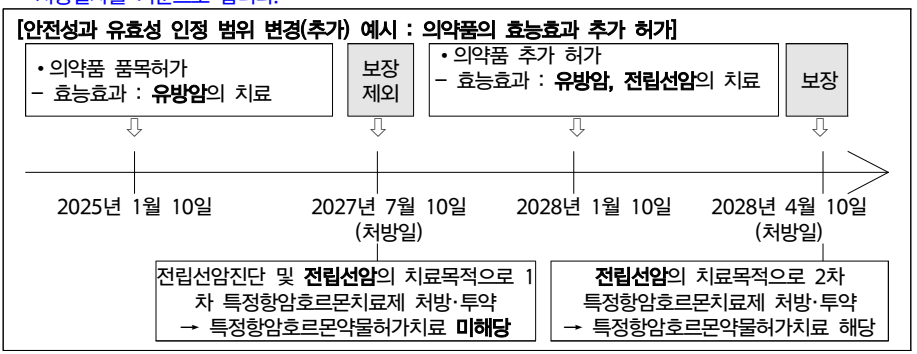


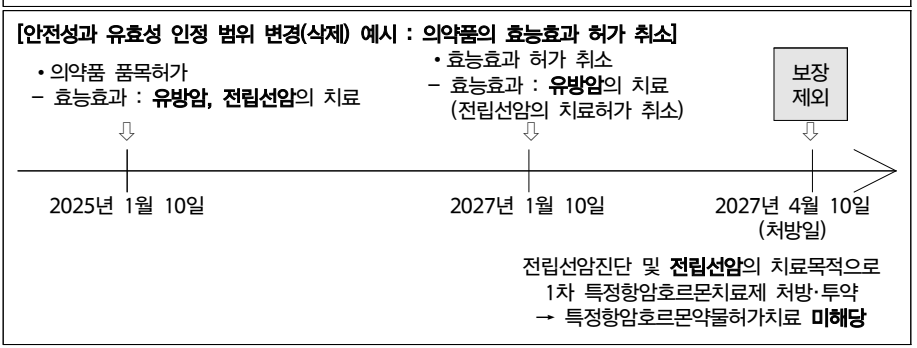
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제3조(보험금의 지급사유)에서 "특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우"라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사

유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

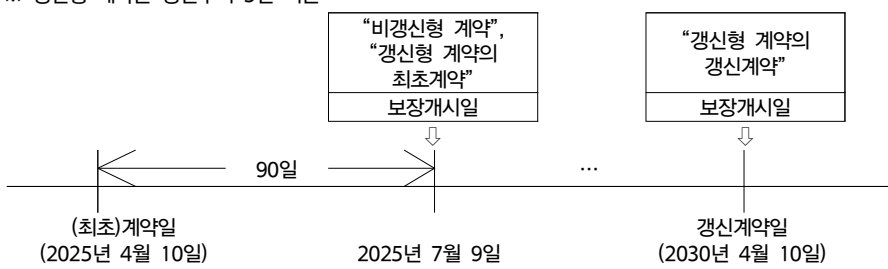
제7조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

[보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]

※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보

장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

제9조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-139. 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조("불소도포치료"의 정의)
이 특별약관에서 "불소도포치료"라 함은 치과의사나 치위생사에 의해 치아표면에 직접 발라주는 치료행위로 시행되는 전문가 불소도포법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 구강검진검사(치면세균막검사 등)에서 치아우식발생 위험치아로 판정되어 예방치료가 필요하다는 진단을 받고 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 치과병·의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아우식증의 예방을 목적으로 치과의사나 치위생사에 의해 시행되는 "불소도포치료"를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 불소도포치료비를 보험수익자에게 지급합니다.
1. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 2세 이상인 경우

계약일부터 경과기간	불소도포치료비		지급한도
	최초계약	갱신계약	
90일 이하	-	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
90일 초과	이 특별약관의 보험가입금액		

2. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 2세 미만인 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "불소도포치료"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 불소도포치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종류 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일로부터 180일 이내의 불소도포치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인

경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사 양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일
3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
4. 진료비계산서
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 제2호 내지 제4호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같습니다.

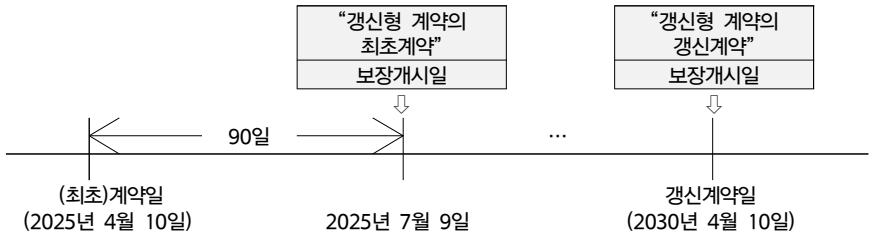
1. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 2세 이상인 경우

구분	보장개시일
최초계약	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일

2. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 2세 미만인 경우

구분	보장개시일
최초계약	피보험자의 보험나이 2세 계약해당일
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)] (단, 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 2세 이상인 경우에 한함)



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-140. 갑상선기능항진증치료비(1회한,급여) 특별약관

제1조("갑상선기능항진증", "갑상선기능항진증치료"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "갑상선기능항진증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05

2 "갑상선기능항진증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "갑상선기능항진증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "갑상선기능항진증치료"라 함은 "갑상선기능항진증"의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다. 단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

1. 급여 갑상선절제술 분류표(【별표102】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 갑상선절제술"이라 합니다)를 받은 경우
2. 방사성요오드치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 처방받은 투약일수가 60일 이상인 경우

- **방사성요오드치료** : 주성분이 요오드화 나트륨(131I)에 해당하는 치료
- **항갑상선제 :** 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

4 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 “급여 갑상선절제술”의 범위가 변경된 경우에는 해당 치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
5 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “갑상선기능항진증”으로 진단확정되고 “갑상선기능항진증치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선기능항진증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-141. 특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한) 특별약관

제1조(“여성 특정유방질환”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “여성 특정유방질환”이라 함은 여성 특정유방질환 분류표P(【별표99】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.
1. 유방의 비대(N62)
2 “유방특정질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “유방특정질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술”의 정의)
이 특별약관에서 “초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술”이라 함은 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 목적으로 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하여 절제하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "여성 특정유방질환"으로 진단확정되고 여성 특정유방질환의 조직검사 또는 치료를 직접적인 목적으로 "초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유방병변진공흡인절제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정유방병변진공흡인절제치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-142. 관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("급여 관상동맥성형술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 관상동맥성형술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 관상동맥성형술"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 관상동맥성형술 분류표(【별표100】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 관상동맥성형술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 다만, "급여 관상동맥성형술"을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.
2 제1항의 "급여 관상동맥성형술"은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료

가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 관상동맥성형술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 관상동맥성형술 인정기준"을 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 관상동맥성형술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 관상동맥성형술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 관상동맥성형술치료비는 "급여 관상동맥성형술"을 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 관상동맥성형술"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-143. 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표(【별표101】 참조)에서 정한 진료행위(이하 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다. 다만, "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

2 제1항의 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.

3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준"을 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비는 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"을 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 심장부정맥고주파·냉각절제술"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-144. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관(1,2종)

제1조("뇌경색증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌경색증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
뇌경색증	I63

2 "뇌경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
3 제1항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "혈전용해치료"에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌경색증"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-145. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관(1,2종)

제1조("특정급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정급성심근경색증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
급성심근경색증	I21

2 "특정급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제1항에도 불구하고 "혈전용해제"를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 "혈전용해치료"에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정급성심근경색증"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정급성심근경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급

사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-146. 눈(안와)안심보장치료비(급여) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있으며, 3개의 세부보장은 동시에 가입하여야 합니다.

1. 눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)(1일1회,연간3회한,급여) 세부보장
2. 눈(안와)안심보장치료비(특정처치및수술비)(연간1회한,급여) 세부보장
3. 눈(안와)안심보장치료비(특정수술비)(연간1회한,급여) 세부보장

제1조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-146-1. 눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)(1일1회,연간3회한,급여) 세부보장

제1조("급여 눈(안와)특정검사"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 눈(안와)특정검사"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 제1편 제2부 제2장 제3절 '기능 검사료'에서 '시기능검사'(급여 눈(안와)특정검사 분류표(【별표103】 참조))에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[급여]
이 특별약관에서 "급여"는 「국민건강보험법」 제41조(요양급여)(【부록】 참조)에서 정한 요양급여와 「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)(【부록】 참조)에서 정한 의료급여를 말합니다.

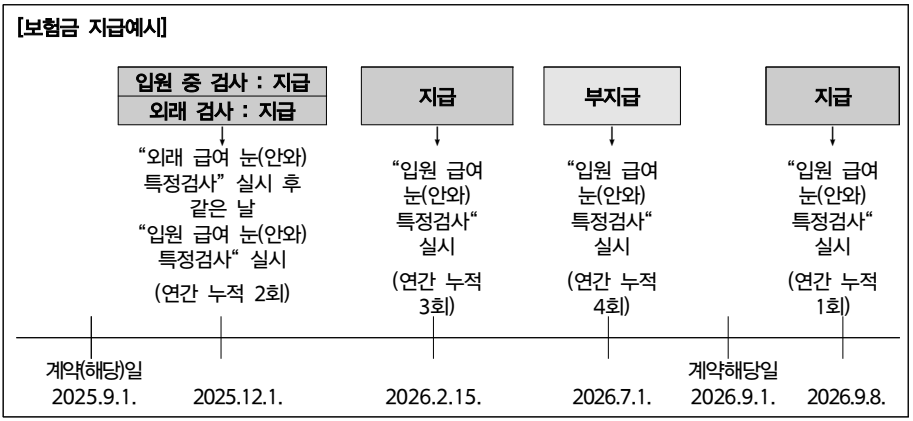
[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 눈(안와)특정검사 분류표(【별표103】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 눈(안와)특정검사" 이외에 추가로 급여 눈(안와)특정검사 분류표(【별표103】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("통원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료목적으로 입원 중에 "급여 눈(안와)특정검사"를 받은 경우(이하 "입원 급여 눈(안와)특정검사"라 합니다) 또는 통원하여 "급여 눈(안와)특정검사"를 받은 경우(이하 "외래 급여 눈(안와)특정검사"라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 이 세부보장의 보험가입금액을 눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)는 "입원 급여 눈(안와)특정검사"와 "외래 급여 눈(안와)특정검사"를 합산하여 연간 3회를 한도로 합니다.
3 제1항 및 제2항의 눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)는 "급여 눈(안와)특정검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 입원 또는 통원별 각각 1일 1회에 한하며, "급여 눈(안와)특정검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
4 제2항 및 제3항의 "연간"이라 함은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, "연간" 보험금 지급 횟수 포함여부 산정시 기준일자는 "급여 눈(안와)특정검사"를 받은 날로 합니다.



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)

3 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 진단서 또는 진료확인서(확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

2-146-2. 눈(안와)안심보장치료비(특정처치및수술비)(연간1회한,급여) 세부보장

제1조("급여 눈(안와)관련특정처치및수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 눈(안와)관련특정처치및수술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 제1편 제2부 제9장 제1절 '처치 및 수술료'에서 '감각기' 중 '시기(視器)'(급여 눈(안와)관련특정처치및수술 분류표(【별표104】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

> **[급여]**
> 이 특별약관에서 "급여"는 「국민건강보험법」 제41조(요양급여)(【부록】 참조)에서 정한 요양급여와 「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)(【부록】 참조)에서 정한 의료급여를 말합니다.
>
> **[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]**
> 「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 눈(안와)관련특정처치및수술 분류표(【별표104】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 눈(안와)관련특정처치및수술" 이외에 추가로 급여 눈(안와)관련특정처치및수술 분류표(【별표104】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 "급여 눈(안와)관련특정처치및수술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 눈(안와)안심보장치료비(특정처치및수술비)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 눈(안와)안심보장치료비(특정처치및수술비)는 "급여 눈(안와)관련특정처치및수술"의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, "연간" 보험금 지급 횟수 포함여부 산정시 기준일자는 "급여 눈(안와)관련특정처치및수술"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)

3 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급

하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 진단서 또는 진료확인서(확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

2-146-3. 눈(안와)안심보장치료비(특정수술비)(연간1회한,급여) 세부보장

제1조("급여 눈(안와)관련특정수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 눈(안와)관련특정수술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 눈(안와)관련특정수술 분류표(【별표105】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[급여]
이 특별약관에서 "급여"는 「국민건강보험법」 제41조(요양급여)(【부록】 참조)에서 정한 요양급여와 「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)(【부록】 참조)에서 정한 의료급여를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 눈(안와)관련특정수술 분류표(【별표105】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 눈(안와)관련특정수술" 이외에 추가로 급여 눈(안와)관련특정수술 분류표(【별표105】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 "급여 눈(안와)관련특정수술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 눈(안와)안심보장치료비(특정수술비)로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 눈(안와)안심보장치료비(특정수술비)는 "급여 눈(안와)관련특정수술"의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는

계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, "연간" 보험금 지급 횟수 포함여부 산정시 기준일자는 "급여 눈(안와)관련특정수술"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 다래끼 및 콩다래끼(H00)
3. 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)

3 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 진단서 또는 진료확인서(확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

2-147. 뇌졸중수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표P(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-148. 뇌졸중수술비(1회한) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표P(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부

터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-149. 뇌혈관질환수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-150. 뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-151. 급성심근경색증수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표P(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-152. 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표P(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-153. 허혈성심장질환수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-154. 허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-155. 조혈모세포이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("조혈모세포이식수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "조혈모세포이식수술"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로, 다음에서 정한 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

2 제1항의 "조혈모세포이식수술"은 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 이식수혜자로서 "조혈모세포이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약

관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-156. 116대질병수술비 특별약관, 116대질병수술비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 116대질병수술비
   - 116대질병(특정10대질병)수술비
   - 116대질병(특정13대질병A)수술비
   - 116대질병(특정13대질병B)수술비
   - 116대질병(30대경증질병)수술비
   - 116대질병(50대경증질병)수술비
2. 116대질병수술비(태아보장용)
   - 116대질병(특정10대질병)수술비(태아보장용)
   - 116대질병(특정13대질병A)수술비(태아보장용)
   - 116대질병(특정13대질병B)수술비(태아보장용)
   - 116대질병(30대경증질병)수술비(태아보장용)
   - 116대질병(50대경증질병)수술비(태아보장용)

제1조("116대질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "116대질병"이라 함은 116대질병 분류표P(【별표106】 참조)에서 정한 질병으로 특정10대질병, 특정13대질병A, 특정13대질병B, 30대경증질병 및 50대경증질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 "50대경증질병"이 아닌 "결핵"으로 간주하여 "특정13대질병A"로 적용합니다.
   1. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)"
   2. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)"
   3. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)"
3 "116대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "116대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
4 "116대질병" 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
5 "116대질병"의 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 보장대상이 되는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "116대질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 116대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
특정10대질병	특정10대질병수술비[주1] 보험가입금액
특정13대질병A	특정13대질병A수술비[주2] 보험가입금액
특정13대질병B	특정13대질병B수술비[주3] 보험가입금액
30대경증질병	30대경증질병수술비[주4] 보험가입금액
50대경증질병	50대경증질병수술비[주5] 보험가입금액

주1) 116대질병(특정10대질병)수술비, 116대질병(특정10대질병)수술비(태아보장용)
주2) 116대질병(특정13대질병A)수술비, 116대질병(특정13대질병A)수술비(태아보장용)
주3) 116대질병(특정13대질병B)수술비, 116대질병(특정13대질병B)수술비(태아보장용)
주4) 116대질병(30대경증질병)수술비, 116대질병(30대경증질병)수술비(태아보장용)
주5) 116대질병(50대경증질병)수술비, 116대질병(50대경증질병)수술비(태아보장용)

2 제1항에도 불구하고 "116대질병" 중 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 받은 1회 수술의 직접적인 원인이 된 질병이 특정10대질병, 특정13대질병A, 특정13대질병B, 30대경증질병 및 50대경증질병 중 2가지 이상에 해당되는 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-157. 7대생활질병및치핵수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("7대생활질병 및 치핵"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "7대생활질병 및 치핵"이라 함은 7대생활질병및치핵 분류표P(【별표107】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "7대생활질병 및 치핵"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "7대생활질병 및 치핵"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "7대생활질병 및 치핵"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대생활질병및치핵수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-158. 7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
- 7대기관질병수술비(담낭,담도및췌장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)

제1조("7대기관질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "7대기관질병"이라 함은 7대기관질병 분류표P(【별표108】 참조)에서 정한 질병으로 간관련질병, 심장관련질병, 신부전, 특정장질환, 뇌혈관질환, 폐질환, 담낭,담도및췌장질환을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "7대기관질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "7대기관질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 “7대기관질병” 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
4 “7대기관질병”의 심장관련질병 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 “관혈수술”이라 함은 제6항의 “비관혈 수술” 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부를 절개하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
6 “비관혈 수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용하여 영상으로 보면서 시행하는 직접적인 치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 제외합니다.
2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접적인 치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
3. “신의료수술”이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 직접적인 치료를 목적으로 하는 “치료적 방사선 조사”를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”

은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "7대기관질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 각 "질병구분" 당 "관혈수술", "비관혈 수술"에 대해 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 7대기관질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

질병구분	수술의 종류	지급금액	지급한도
간관련질병	"관혈수술"시	간관련질병수술비[주1] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	간관련질병수술비[주1] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
심장관련질병	"관혈수술"시	심장관련질병수술비[주2] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	심장관련질병수술비[주2] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
신부전	"관혈수술"시	신부전수술비[주3] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	신부전수술비[주3] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
특정장질환	"관혈수술"시	특정장질환수술비[주4] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	특정장질환수술비[주4] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
뇌혈관환	"관혈수술"시	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
폐질환	"관혈수술"시	폐질환수술비[주6] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
담낭,담도및췌장질환	"관혈수술"시	담낭,담도및췌장질환수술비[주7] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈 수술"시	담낭,담도및췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 50%	연간 1회한

주1) 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주2) 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주3) 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주4) 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주5) 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주6) 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
주7) 7대기관질병수술비(담낭,담도및췌장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)

2 제1항의 "질병구분"은 7대기관질병 분류표P(【별표108】 참조)의 질병구분을 기준으로 합니다.

3 제1항의 7대기관질병수술비는 "수술"의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 "질병구분" 당 "관혈수술" 또는 "비관혈수술"별 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

4 제1항 및 제3항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 각 "질병구분"의 "관혈수술" 또는 "비관혈 수술"을 받은 날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 I 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 I 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-159. 호흡기질환수술비(수술1회당) 특별약관, 호흡기질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("호흡기질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "호흡기질환"이라 함은 호흡기질환 분류표P(【별표109】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "호흡기질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "호흡기질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "호흡기질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-160. 피부질환수술비(수술1회당) 특별약관, 피부질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("피부질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "피부질환"이라 함은 피부질환 분류표P(【별표110】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "피부질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "피부질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "피부질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피부질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-161. 충수염(맹장염)수술비(1회한) 특별약관

제1조("충수염(맹장염)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "충수염(맹장염)"이라 함은 충수염(맹장염) 분류표P(【별표111】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "충수염(맹장염)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "충수염(맹장염)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니

다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "충수염(맹장염)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장염)수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-162. 시청각질환수술비 특별약관(1,2종)

제1조("시청각질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “시청각질환”이라 함은 시청각질환 분류표P(【별표112】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “시청각질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “시청각질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “시청각질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 “시청각질환” 중 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-163. 희귀난치성질환수술비(갱신형) 특별약관(1종)

제1조("희귀난치성질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "희귀난치성질환"이라 함은 희귀난치성질환 분류표P(【별표113】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "희귀난치성질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "희귀난치성질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 보장대상이 되는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "희귀난치성질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀난치성질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 희귀난치성질환수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 희귀난치성질환수술비를 지급합니다. 다만, 희귀난치성질환수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-164. 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관(1종), 선천이상수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("선천이상"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "선천이상"이라 함은 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표P(【별표114】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "선천이상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "선천이상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “선천이상”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 1년만기이며 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-165. 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관(1종), 특정선천이상수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("특정선천이상"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정선천이상"이라 함은 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표P(【별표114】 참조)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 혀유착증	Q38.1
2. 대설증	Q38.2
3. 혀의 기타 선천기형	Q38.3
4. 선천성 비신생물성 모반	Q82.5
5. 부이개	Q17.0

2 "특정선천이상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정선천이상"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정선천이상"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정선천이상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고, 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 1년만기이며 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-166. 어린이주요질환수술비 특별약관(1,2종), 어린이주요질환수술비(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("어린이주요질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "어린이주요질환"이라 함은 어린이주요질환 분류표P(【별표115】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "어린이주요질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "어린이주요질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "어린이주요질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이주요질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 어린이주요질환수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 어린이주요질환수술비를 지급합니다. 다만, 어린이주요질환수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-167. 어린이생활질환수술비 특별약관(1,2종), 어린이생활질환수술비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("어린이생활질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "어린이생활질환"이라 함은 어린이생활질환 분류표P(【별표116】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "어린이생활질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "어린이생활질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] – 체외충격파쇄석술 – 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) – 절개 또는 배농술 – IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 – 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 – 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "어린이생활질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이생활질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 어린이생활질환수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 어린이생활질환수술비를 지급합니다. 다만, 어린이생활질환수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-168. 어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한) 특별약관(1종), 어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
1. 어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한)
   - 어린이심장개흉수술및특정시술비(심장개흉수술(1회한))
   - 어린이심장개흉수술및특정시술비(심장특정시술(1회한))
2. 어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한)(태아보장용)
   - 어린이심장개흉수술및특정시술비(심장개흉수술(1회한))(태아보장용)
   - 어린이심장개흉수술및특정시술비(심장특정시술(1회한))(태아보장용)

제1조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
   2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
   3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
   4. 미용 또는 성형 목적의 수술
   5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
   6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
   7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제2조("심장개흉수술"의 정의)
이 특별약관에서 "심장개흉수술"이라 함은 의사에 의하여 심장병의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 심장병의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술[풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

제3조("심장특정시술"의 정의)
이 특별약관에서 "심장특정시술"이라 함은 의사에 의하여 심장병의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 심장병의 직접적인 치료를 목적으로 하여 다음에서 정한 심장특정시술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 시술
1. 동맥관개존폐쇄술(PDA Closure) 2. 심방중격결손폐쇄술(ASD Closure) 3. 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 4. 풍선혈관성형술(Balloon Angioplasty) 5. 풍선심방중격조성술(Balloon Atrial Septostomy) 6. 전극도자절제술(Catheter Ablation) 7. 심박동기삽입술(Pacemaker Insertion) 8. 코일색전술(Coil Embolization) 9. 경피적 관상동맥 성형술 (PTCA, PTCA with stent, PTA&PTA with stent, Stent-graft insertion)

제4조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "심장개흉수술" 또는 "심장특정시술"을 받은 경우에는 세부보장("심장개흉수술", "심장특정시술")별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 어린이심장개흉수술및특정시술비로 보험수익자에게 지급합니다.

보장명	지급사유	지급금액
심장개흉수술비[주1)]	"심장개흉수술"시	심장개흉수술비[주1)] 보험가입금액
심장특정시술비[주2)]	"심장특정시술"시	심장특정시술비[주2)] 보험가입금액의 20%

주1) 어린이심장개흉수술및특정시술비(심장개흉수술(1회한)),
어린이심장개흉수술및특정시술비(심장개흉수술(1회한))(태아보장용)
주2) 어린이심장개흉수술및특정시술비(심장특정시술(1회한)),
어린이심장개흉수술및특정시술비(심장특정시술(1회한))(태아보장용)

2 제1항에도 불구하고 1회의 수술이 "심장개흉수술" 및 "심장특정시술" 모두에 해당하는 경우 각각의 보험금을 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장개흉수술비, 심장특정시술비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 어린이심장개흉수술및특정시술비를 세부보장("심장개흉수술", "심장특정시술")별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우, 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-169. 특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("특정8대기관 양성종양 및 폴립", "급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정8대기관 양성종양 및 폴립"이라 함은 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표P(【별표117】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정8대기관 양성종양 및 폴립"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료.기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정8대기관 양성종양 및 폴립"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 "급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표(【별표118】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수] 「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

4 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표(【별표118】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술" 외에 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포

함하는 것으로 봅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정8대기관 양성종양 및 폴립"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정8대기관양성종양및폴립수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 특정8대기관양성종양및폴립수술비는 "수술"의 직접적인 원인, "특정8대기관 양성종양 및 폴립"의 개수, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-170. 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("2대주요기관질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "2대주요기관질병"이라 함은 "뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양" 및 "심장질환"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양"이라 함은 2대주요기관질병 분류표P(【별표31】 참조)의 구분 중 뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "심장질환"이라 함은 2대주요기관질병 분류표P(【별표31】 참조)의 구분 중 심장질환에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 "2대주요기관질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "2대주요기관질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

5 "2대주요기관질병"의 뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
6 "2대주요기관질병"의 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표(【별표119】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수] 「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표(【별표119】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술" 이외에 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표(【별표119】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양" 또는 "심장질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 "급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술"을 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관수술비는 "급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술"의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 "뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양" 및 "심장질환" 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술"을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-171. 이비인후과질환수술비(수술1회당) 특별약관, 이비인후과질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("이비인후과질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "이비인후과질환"이라 함은 아래에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 아래의 질병

대상질병	분류번호
귀 및 유돌의 질환	H60~H95

2. 아래의 질병으로서 이비인후과에서 수술한 귀, 코, 인후부 기관의 질병

대상질병	분류번호
· 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00~B99
· 신생물	C00~D48
· 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역메커니즘을 침범한 특정 장애	D50~D89
· 내분비, 영양 및 대사 질환	E00~E90
· 정신 및 행동 장애	F00~F99
· 신경계통의 질환	G00~G99
· 눈 및 눈 부속기의 질환	H00~H59
· 순환계통의 질환	I00~I99
· 호흡계통의 질환	J00~J99
· 소화계통의 질환	K00~K93
· 피부 및 피하조직의 질환	L00~L99
· 근골격계통 및 결합조직의 질환	M00~M99
· 비뇨생식계통의 질환	N00~N99
· 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00~R99

주) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」 참고)

2 "이비인후과질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "이비인후과질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "이비인후과질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 이비인후과질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

9. 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-172. 사시수술비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("사시"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "사시"라 함은 사시 분류표P(【별표120】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "사시"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "사시"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "사시"로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 사시수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 "사시"로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

[유의사항]
"사시"로 진단확정된 경우에도 "사시" 이외의 치료를 위해 레이저에 의한 수술을 받은 경우에는 사시수술비를 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-173. 소아탈장수술비(수술1회당) 특별약관(1종), 소아탈장수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("소아탈장"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "소아탈장"이라 함은 소아탈장 분류표P(【별표121】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "소아탈장"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "소아탈장"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 소아탈장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-174. 특정부인과질병수술비(수술1회당) 특별약관

제1조("특정부인과질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정부인과질병"이라 함은 특정부인과질병 분류표P(【별표122】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정부인과질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정부인과질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정부인과질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정부인과질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

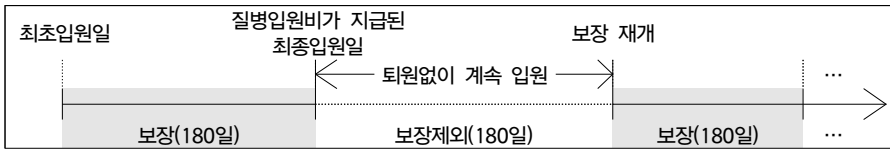
2-175. 질병입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관, 질병입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

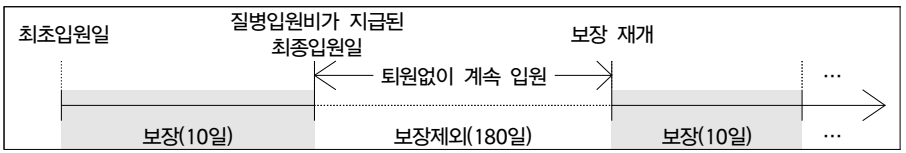
2-176. 질병입원비Q(1일이상10일한도) 특별약관, 질병입원비Q(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
(단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사

유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 질병입원비Q(1일이상10일한도)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.질병입원비Q(1일이상10일한도)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-177. 질병중환자실입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관, 질병중환자실입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

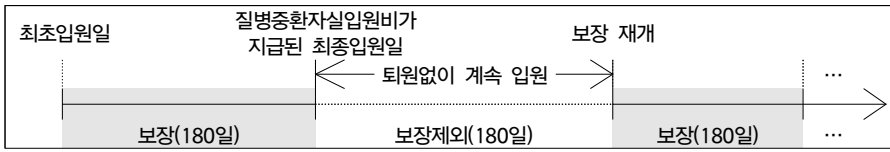
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-178. 질병중환자실입원비Q(1일이상10일한도) 특별약관, 질병중환자실입원비Q(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1종)

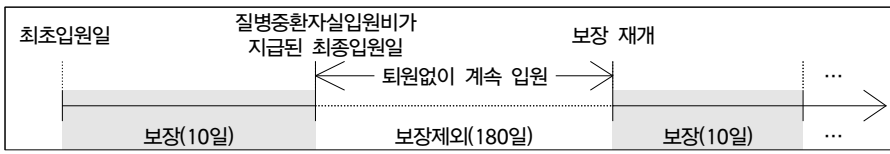
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)
이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-179. 질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

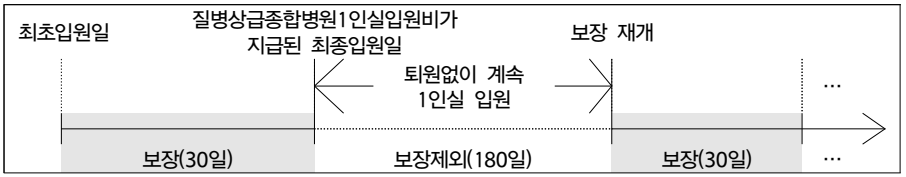
제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합

병원1인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원 1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

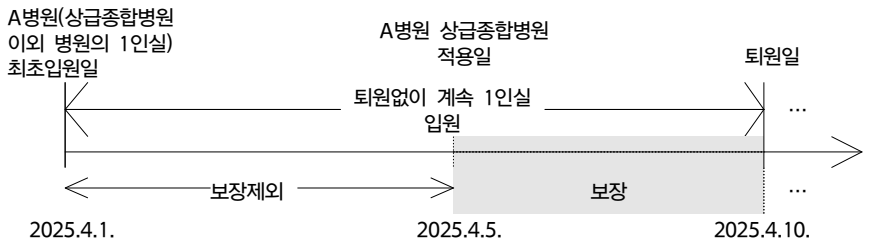
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

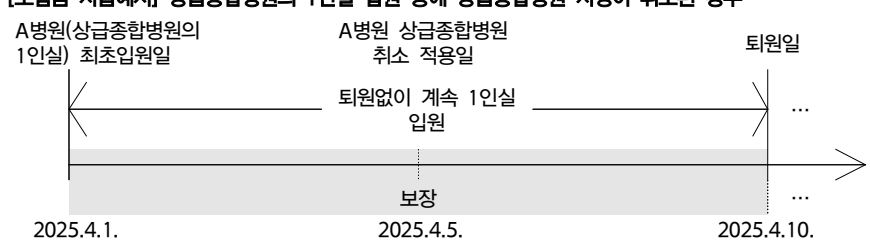
8 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



10 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-180. 질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

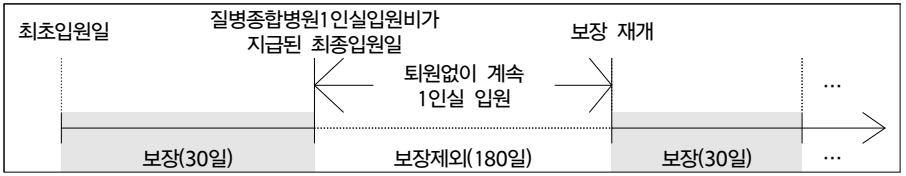
제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원1인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병종합병원1인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원1인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병종합병원1인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

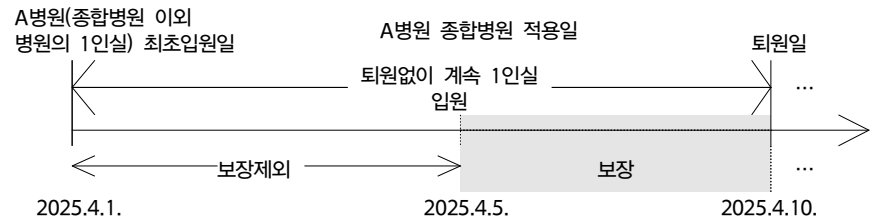
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 1인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

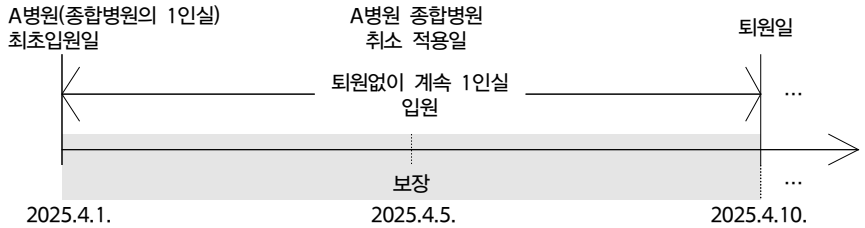
8 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외 병원의 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원의 1인실 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



⑩ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-181. 질병상급종합병원입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관, 질병상급종합병원입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

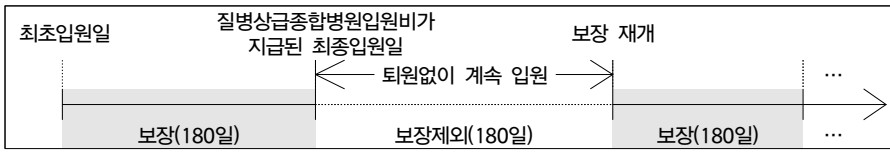
제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“상급종합병원”의 정의)
이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

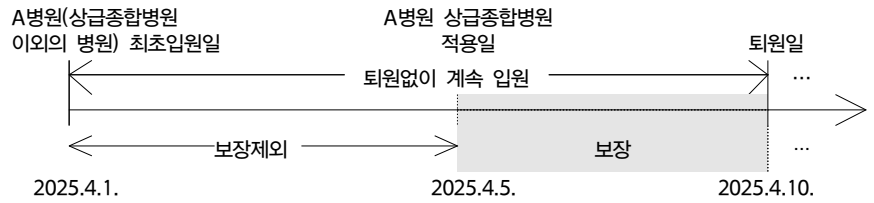
제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



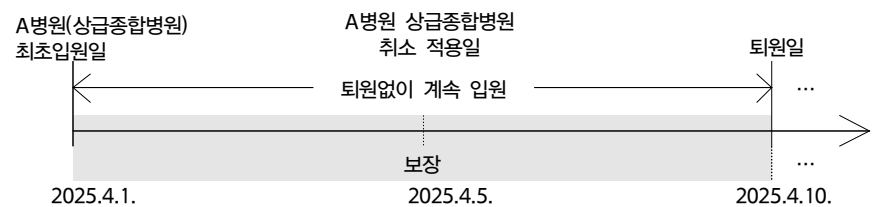
3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   (단, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다)
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-182. 질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

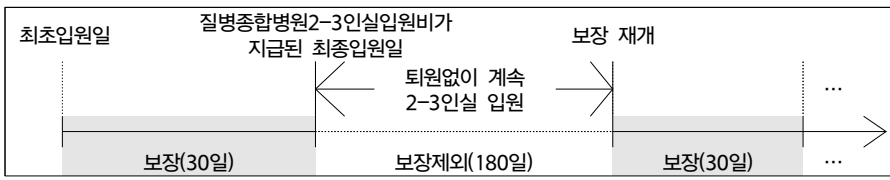
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

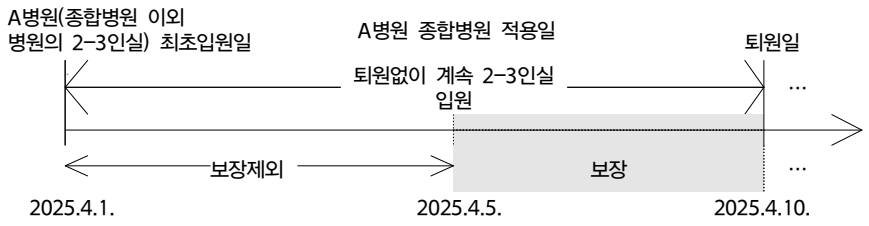
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병종합병원2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

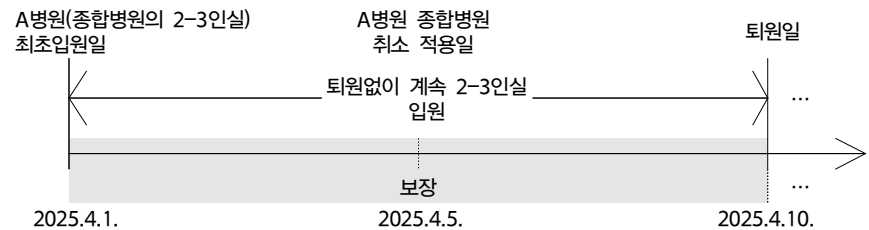
6 피보험자가 종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8 피보험자가 종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원으로 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원의 2-3인실 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-183. 질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

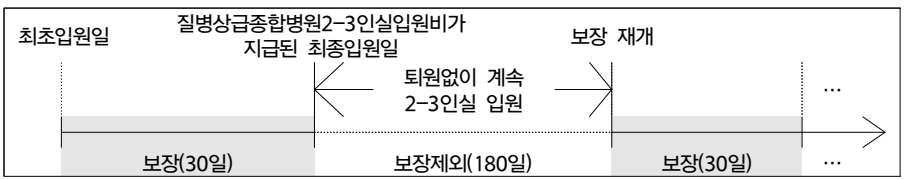
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원2-3인실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원2-3인실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

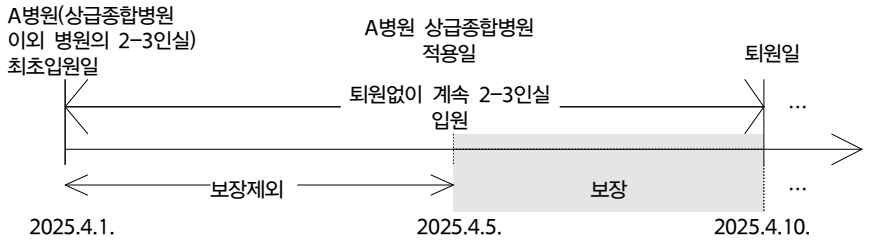
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원2-3인실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

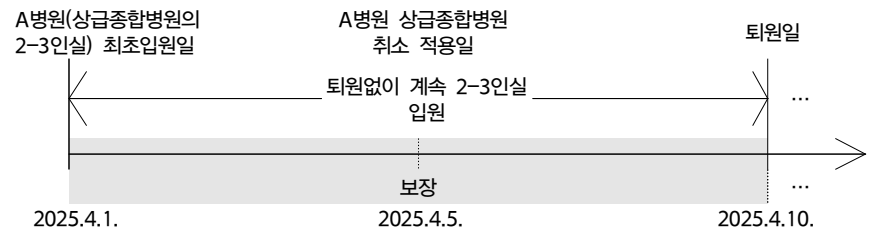
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원 2-3인실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
7 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 2-3인실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
8 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외 병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



9 피보험자가 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 2-3인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-184. 간병인사용질병입원비Ⅱ Q(1일이상180일한도) 특별약관(1,2종), 간병인사용질병입원비Ⅱ Q(1일이상180일한도) (태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용질병입원비Ⅱ Q (1일이상180일한도) 특별약관
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ Q(간호간병통합서비스제외 ,1일이상180일한도)
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ Q(간호간병통합서비스,1일 이상180일한도)

구분	간병인사용질병입원비Ⅱ Q (1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ Q(간호간병통합서비스제외 ,1일이상180일한도)(태아보장용)
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용질병입원비Ⅱ Q(간호간병통합서비스,1일 이상180일한도)태아보장용)

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스제외)의 지급일수는 요양병원에 입원한 경우와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우 각각 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급기준	1일당 지급금액
요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장 보험가입금액
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장 보험가입금액의 50%
요양병원에 입원한 경우	-	간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스제외) 세부보장 보험가입금액의 20%

2 제1항에서 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 5만원
① 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 10일 ~ 4월 17일, 요양병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
5만원 × 8일 = 40만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일,
요양병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
5만원 × 8일 × 50% = 20만원 지급

③ 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일,
요양병원에 입원, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
5만원 × 8일 × 20% = 8만원 지급

3 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
4 제1항 내지 제2항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료

법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 제3항의 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

6 제4항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

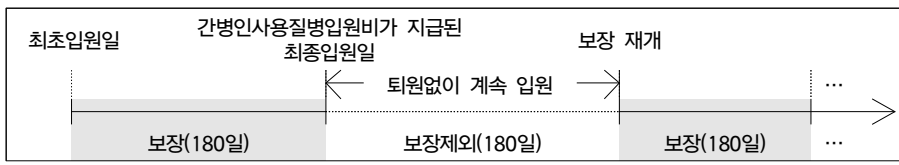
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.

2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



5 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 제3항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
   (다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 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
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-185. 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ (요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관, 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ (요양병원제외,1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관(1종), 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ (요양병원제외,1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C44(기타피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에

의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"라 함은 "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에 아래 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자] 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관, 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관
   가. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
"암"으로 입원시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시		이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시		이 특별약관 보험가입금액의 10%	

나. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
"암"으로 입원시	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 20%
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 10%

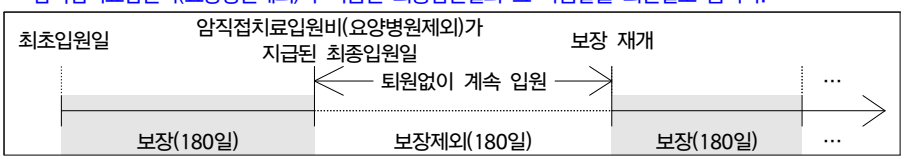
2. 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관

구분		최초계약		갱신계약
		계약일부터 경과기간		
		90일 이하	90일 초과	
"암"으로 입원시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시		이 특별약관 보험가입금액의 20%		이 특별약관 보험가입금액의 20%
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시		이 특별약관 보험가입금액의 10%		이 특별약관 보험가입금액의 10%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

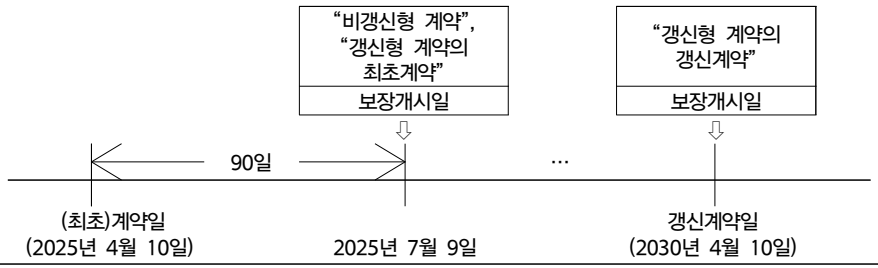
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제6조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세 이상이며 전환계약이 아닌 경우에만 해당)]
※ 갱신형 계약은 갱신주기 5년 기준



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일로 하며, 전환계약은 전환계약일)로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
1. "암"의 보장개시일
가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고, 암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-186. 암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에

"암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(4대유사암포함)"의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
"암"으로 입원시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	
	15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시		이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시		이 특별약관 보험가입금액의 10%	

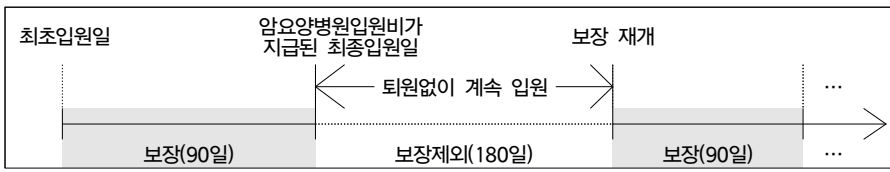
2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
"암"으로 입원시	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 20%
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 10%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

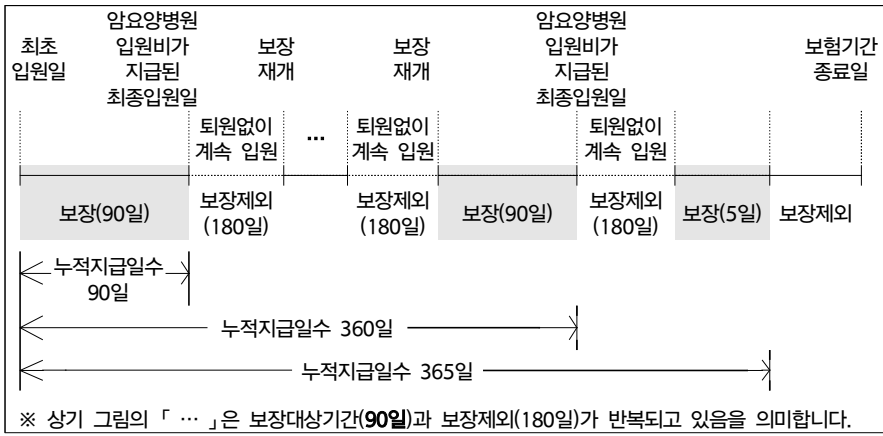


3 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원비의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과한 경우에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의 「 … 」은 보장대상기간(**90일**)과 보장제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

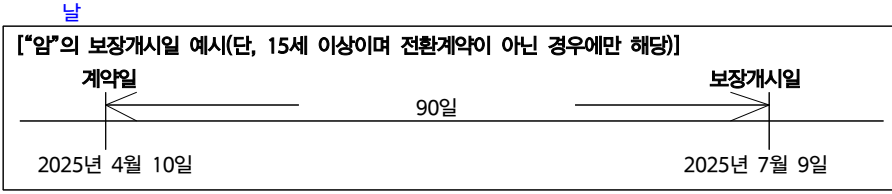
제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일로 하며, 전환계약은 전환계약일)로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. "암"의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가

선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-187. 환경성질환입원비(1일이상120일한도) 특별약관(1,2종), 환경성질환입원비(1일이상120일한도)(태아보장용) 특별약관(1종)

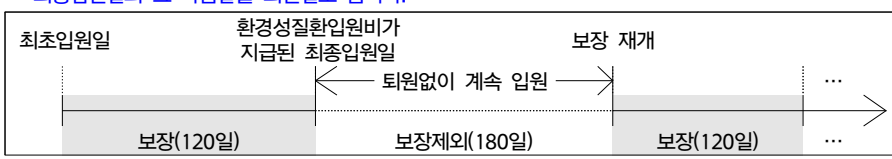
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("환경성질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "환경성질환"이라 함은 환경성질환 분류표P(【별표123】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "환경성질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "환경성질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "환경성질환"의 직접적인 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "환경성질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "환경성질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "환경성질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "환경성질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "환경성질환"으로 진단된 경우에 이는 "환경성질환"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "환경성질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 환경성질환입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 환경성질환입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 환경성질환입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 환경성질환입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 환경성질환입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 환경성질환입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항에서 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-188. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("독감(인플루엔자)" 등의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표P(【별표124】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "독감(인플루엔자)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "독감(인플루엔자)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
3 이 특별약관에서 "독감 항바이러스제"라 함은 "독감(인플루엔자)"의 직접적인 치료를 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

["독감 항바이러스제" 해당 성분명 안내]
- 성분명은 효능효과를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
  - 오셀타미비르(oseltamivir)
  - 자나미비르(zanamivir)
  - 페라미비르(peramivir)
  - 발록사비르(baloxavir)
  ※ 상기 "독감 항바이러스제" 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "독감 항바이러스제"를 처방받은

경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액			지급한도
최초계약		갱신계약	
계약일부터 경과기간			
7일 이하	7일 초과		
–	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간1회한

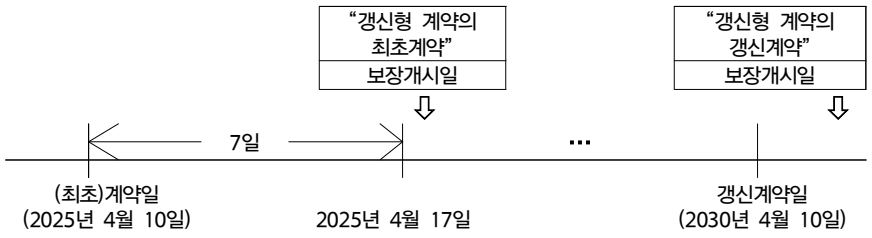
2 제1항의 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비는 치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "독감 항바이러스제"를 처방받은 날로 합니다.

제3조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "독감(인플루엔자)"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

["독감(인플루엔자)"의 보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)]



제4조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 7일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-189. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관, 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“독감(인플루엔자)” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “독감(인플루엔자)”이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표P(【별표124】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “독감(인플루엔자)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “독감(인플루엔자)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

3 이 특별약관에서 “독감 항바이러스제”라 함은 “독감(인플루엔자)”의 직접적인 치료를 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

[“독감 항바이러스제” 해당 성분명 안내]

- 성분명은 효능효과를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
  - 오셀타미비르(oseltamivir)
  - 자나미비르(zanamivir)
  - 페라미비르(peramivir)
  - 발록사비르(baloxavir)

  ※ 상기 “독감 항바이러스제” 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.
- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인

  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비는 치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “독감 항바이러스제”를 처방받은 날로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고, 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-190. 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도) 특별약관, 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("독감(인플루엔자)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표P(【별표124】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "독감(인플루엔자)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "독감(인플루엔자)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"의 직접적인 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "독감(인플루엔자)"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "독감(인플루엔자)"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "독감(인플루엔자)"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "독감(인플루엔자)"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "독감(인플루엔자)"으로 진단된 경우에 이는 "독감(인플루엔자)"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

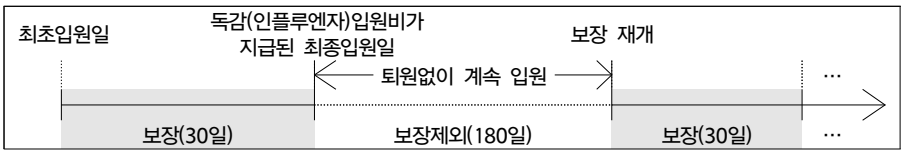
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "독감(인플루엔자)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 독감(인플루엔자)입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 독감(인플루엔자)입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항에서 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-191. 시력치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 안과의사 면허를 가진 자(이하 "안과의사"라 합니다)의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25디옵터(Diopter) 이상의 고도근시 또는 +4.25디옵터(Diopter) 이상의 고도원시로 판정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시력치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 난시의 굴절도는 제외합니다.

[디옵터(Diopter)]
렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제2조(특별약관의 무효)
다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
1. 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 이미 2세를 초과한 경우
2. 이 특별약관의 계약일부터 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 시력치료비 지급사유가 발생한 경우

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-192. 시력교정비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 안과의사 면허를 가진 자(이하 “안과의사”라 합니다)의 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, 난시의 굴절도는 제외합니다.

[디옵터(Diopter)] 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제2조(특별약관의 무효)
다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 이미 2세를 초과한 경우
2. 이 특별약관의 계약일부터 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 시력교정비 지급사유가 발생한 경우

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력교정비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다

만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-193. 신생아보장 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

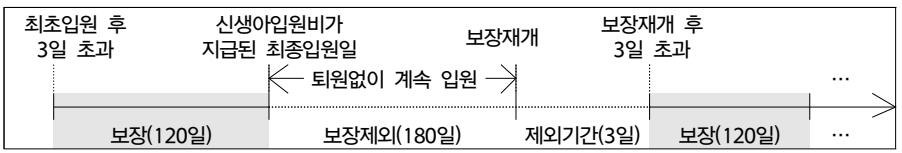
제2조("출생전후기"의 정의)
이 특별약관에서 "출생전후기"라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제3조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 아래와 같이 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용한 경우 : 2일 초과 인큐베이터 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 저체중아육아비용으로 지급합니다. 단, 저체중아육아비용의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표(【별표125 참조)에서 정한 질병(이하 "출생전후기 질병"이라 합니다)을 원인으로 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 : 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아입원비로 지급합니다. 단, 신생아입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 신생아입원비의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 신생아입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 신생아입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 신생아입원비의 경우 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신생아입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을

말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 저체중아육아비용의 경우 피보험자가 보장개시일 이후에 인큐베이터를 사용하던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 인큐베이터 사용완료 전까지의 계속사용에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 다태아로 출생한 경우에는 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관을 가입할 때 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 1년으로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-194. 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 특별약관, 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(태아보장용) 특별약관 (1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"라 함은 "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
3 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에 아래 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"로 봅니다.
1. "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]
적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "암(4대유사암포함)"으로 진단확정되고 그 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 아래의 금액을 암직접치료상급종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료상급종합병원통원비의 지급횟수는 "암", "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양" 각각(이하 "각 세부보장별"이라 합니다) 1일 통원당 1회에 한합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
"암"으로 통원시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
"갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 통원시		이 특별약관의 보험가입금액	

2. 【3종(계약전환용)】

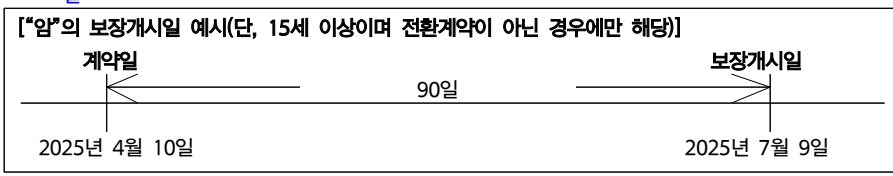
구분	지급금액
"암", "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 통원시	이 특별약관의 보험가입금액

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제5조(보험금의 지급사유)에 정한 암직접치료상급종합병원통원비의 지급일수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
2 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.
3 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제7조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음

날



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일로 하며, 전환계약은 전환계약일)로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. "암"의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-195. 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관, 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【붙임3】 참조)에서 정한 질병을 말하며,

질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【붙임4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조("암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"라 함은 "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

2 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, "암(4대유사암포함)"을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"에 아래 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. "암(4대유사암포함)"이나 "암(4대유사암포함)" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 "암(4대유사암포함)의 직접적인 치료"로 봅니다.
1. "암(4대유사암포함)"의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]
적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 아래의 금액을 암직접치료통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비의 지급횟수는 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 각각(이하 “각 세부보장별”이라 합니다) 1일 통원당 1회에 한합니다.

1. 【1종(기본형)】, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】

구분		계약일부터 경과기간	
		90일 이하	90일 초과
“암”으로 통원시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액	
	15세 이상	–	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 통원시		이 특별약관의 보험가입금액	

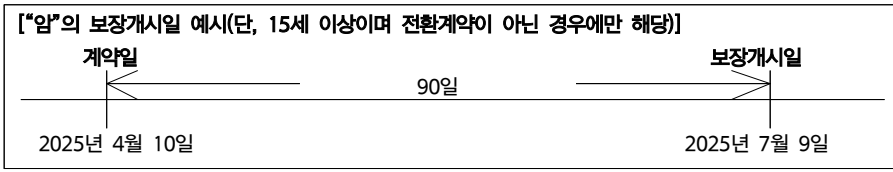
2. 【3종(계약전환용)】

구분	지급금액
“암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 통원시	이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 암직접치료통원비는 통원치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 각 세부보장별 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
2 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “암(4대유사암포함)”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제6조(특별약관의 무효)
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)
1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 전환계약일로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일로 하며, 전환계약은 전환계약일)로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다. 단, 전환계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

1. "암"의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-196. 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "뇌혈관질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "뇌혈관질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌혈관질환"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 뇌혈관질환통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "뇌혈관질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 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

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다

2-197. 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 "통원"이란 의사에 의해 "허혈성심장질환"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, "허혈성심장질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "허혈성심장질환"을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 "허혈성심장질

환"의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 허혈성심장질환통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "허혈성심장질환"의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 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

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-198. 암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조 ("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 MRI촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 MRI촬영검사 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 MRI촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "암(4대유사암포함)"의 진단 및 필요소견을 토대로 "급여 MRI촬영검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암(4대유사암포함)MRI촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 암(4대유사암포함)MRI촬영검사는 "급여 MRI촬영검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 MRI촬영검사"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-199. 암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("급여 암내시경검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 암내시경검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침) 제2장(검사료) 제4절(내시경, 천자 및 생검료) 중 내시경에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 암내시경검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 암내시경검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 암내시경검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 암내시경검사 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 암내시경검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[내시경검사]
내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "암(4대유사암포함)"의 진단 및 필요소견을 토대로 "급여 내시경검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암(4대유사암포함)내시경검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 암(4대유사암포함)내시경검사비는 "급여 내시경검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 내시경검사"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-200. 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("암(4대유사암포함)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암(4대유사암포함)"이라 함은 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

8 "암(4대유사암포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(4대유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 외에 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "암(4대유사암포함)"의 진단 및 필요소견을 토대로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비는 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-201. 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)지원비 (연간1회한,급여) 특별약관

제1조("특정뇌및심장질환Ⅱ"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정뇌및심장질환Ⅱ"이라 함은 특정뇌및심장질환Ⅱ 분류표P(【별표126】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)"의 정의)
1 이 특별약관에서 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)"는 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 분류표"(【별표127】 참조)에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.
2 제1항의 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)"는 "의사"에 의하여 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 분류표"(【별표127】 참조)에서 정한 진료행위 외에 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)지원비는 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 치료비영수증 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-202. 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(혈관조영술)지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("특정뇌및심장질환Ⅱ"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정뇌및심장질환Ⅱ"이라 함은 특정뇌및심장질환Ⅱ 분류표P(【별표126】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조("급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)"의 정의)
1 이 특별약관에서 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)"는 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 분류표"(【별표128】 참조)에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.
2 제1항의 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)"는 "의사"에 의하여 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정

한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 분류표"(【별표128】 참조)에서 정한 진료행위 외에 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정뇌및심장질환Ⅱ"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(혈관조영술)지원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 특정뇌및심장질환Ⅱ검사(혈관조영술)지원비는 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)"를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 치료비영수증 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-203. 질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 ("급여 MRI촬영검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 MRI촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 MRI촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 “급여 MRI촬영검사”는 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 MRI촬영검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 MRI촬영검사 인정기준”을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 “급여 MRI촬영검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병MRI촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 질병MRI촬영검사비는 “급여 MRI촬영검사”의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 MRI촬영검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-204. 질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조 ("급여 CT촬영검사"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "급여 CT촬영검사"는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 CT촬영검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
전산화단층영상진단	다-245

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 CT촬영검사"는 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 CT촬영검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 CT촬영검사 인정기준"을 따릅니다.
4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 진료행위 외에 "급여 CT촬영검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[전산화단층영상진단(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 CT촬영검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병CT촬영검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항의 질병CT촬영검사비는 "급여 CT촬영검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 CT촬영검사"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00-P96)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-205. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관(1,2종)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조) 의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

4 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표P(【별표4】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P(【별표5】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
6 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "4대유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
8 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "4대유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("납입지원대상 보장" 및 "납입지원대상 보장보험료"의 정의)
1 이 특별약관에서 "납입지원대상 보장"이라 함은 이 계약의 계약자가 가입한 보통약관 및 특별약관 중에서 아래의 보통약관 및 특별약관을 제외한 보장을 말합니다.
【1종(기본형)】
1. 신생아뇌출혈진단비, 신생아보장, 신생아기흉진단비, 특별약관
2. 갱신형 특별약관
3. 보통약관Ⅱ 및 보통약관Ⅱ 부가대상 특별약관
4. 태아보장용 특별약관
5. 독립특별약관
6. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관

【2종(납입후50%해약환급금지급형)】
1. 신생아뇌출혈진단비, 신생아보장, 신생아기흉진단비 특별약관
2. 보통약관Ⅱ 및 보통약관Ⅱ 부가대상 특별약관
3. 태아보장용 특별약관
4. 독립특별약관
5. 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관

2 이 특별약관에서 "납입지원대상 보장보험료"라 함은 제1항의 "납입지원대상 보장"의 보장보험료를 말하며, 사고 당시 기준으로 계산합니다.

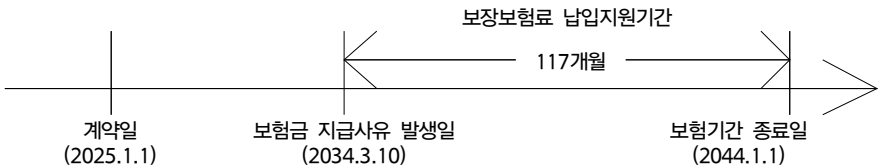
제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 보장보험료 납입면원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당년도의 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보장보험료 납입지원금	"납입지원대상 보장보험료"의 50% × 당해연도 납입지원 개월수	보장보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액(1회 지급액) 확정지급

2 제1항의 "보장보험료 납입지원기간"이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

3 제1항의 "당해연도 납입지원 개월수"라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시] "납입지원대상 보장보험료" 20만원, 보험기간 20년 기준 (= 보통약관 납입기간)



지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액(1회지급액) : "납입지원대상 보장보험료"의 50% × 당해연도 납입지원 개월수
2034년~ 2042년(9년간)	33.3.10. ~ 34.3.9. 34.3.10. ~ 35.3.9. … 41.3.10. ~ 42.3.9.	12개월 (매년 동일)	20만원의 50%×12개월 =120만원 (매년동일)
2043년	42.3.10. ~ 42.12.31.	9개월주)	20만원의 50%×9개월 =90만원
총 지급 합계		**117개월**	**1,170만원**

주) 보험기간 내 마지막 보험금 지급사유발생일 2043.12.10. 부터 보험기간 마지막 날 2043.12.31 까지는 월단위 기간이 되지않으므로 납입지원 개월수에 해당되지 않음.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "4대유사암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보장보험료 납입지원금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

3 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

4 이 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입지원기간 동안 해지, 사망 등의 사유와 관계 없이 보장보험료 납입지원금을 확정으로 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장보험료 납입지원금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 보통약관 제3절. 납입면제조항 제10조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 단, 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항 이외의 원인으로 인한 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험료 납입기간과 동일합니다.

2 제1항에도 불구하고 회사는 계약자가 보통약관Ⅰ의 보험료 납입기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관Ⅰ의 보험료 납입기간을 변경할 경우 이 특별약관의 보험기간을 동일하게 변경합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 특별약관 (보통약관Ⅰ 부가대상)

3. 상해 및 질병관련 특별약관

※ 보통약관Ⅰ에 부가가능한 특별약관입니다.
1,2종은 최초가입하는 계약에 적용하며,
3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는 계약에 적용합니다.

3-1. 깁스치료비 특별약관, 깁스치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 깁스치료비는 같은 질병 또는 상해로 인하여 "깁스(Cast)치료"를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

3 이 특별약관에서 "깁스(Cast)치료"라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음, 굳어지게 하는 치료법을 말합니다. 다만, "부목(Splint cast)치료"는 "깁스(Cast)치료"에 포함되지 않습니다.

4 이 특별약관에서 "부목(Splint cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-2. 신깁스치료비(급여) 특별약관, 신깁스치료비(급여)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("신깁스치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "신깁스치료"라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "신깁스치료 급여인정 기준")를 말합니다.

진료행위	코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지(전완으로부터 수부까지)	T6030	10%
장상지(상완으로부터 수부까지) 8자형 석고	T6020 T6120	20%

진료행위	코드	지급률
단하지[하퇴로부터족부까지]-Without Walker 단하지[하퇴로부터족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker	T6050 T6051 T6052	40%
Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트 고수상[요부로부터 족부까지, 척추cast포함]	T6080 T6070 T6040	100%

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법은 "신깁스치료"에 포함되지 않습니다.
3 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "신깁스치료 급여인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "신깁스치료 급여인정 기준"을 따릅니다.
4 제1항 및 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "신깁스치료" 외에 "신깁스치료 급여인정 기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 봅니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 "신깁스치료"를 받은 경우에는 제1조("신깁스치료"의 정의)에서 정한 진료행위별 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 신깁스치료비는 같은 질병 또는 상해로 인하여 "신깁스치료"를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 "신깁스치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 신깁스치료비를 지급합니다.
3 피보험자가 지급률이 상이한 두 가지 이상의 "신깁스치료"를 받은 경우 그 중 높은 지급률을 기준으로 신깁스치료비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-3. 통합뇌관련질환진단비 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 6개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 통합뇌관련질환진단비(뇌전증)
- 통합뇌관련질환진단비(일과성뇌허혈발작)
- 통합뇌관련질환진단비(뇌출혈)
- 통합뇌관련질환진단비(뇌졸중(뇌출혈제외))
- 통합뇌관련질환진단비(뇌혈관특정질환)
- 통합뇌관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)

제1조("통합뇌관련질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합뇌관련질환"이라 함은 "뇌전증", "일과성뇌허혈발작", "뇌출혈", "뇌졸중(뇌출혈제외)", "뇌혈관특정질환" 및 "특정상해성뇌출혈"을 말하며, 질병·상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "뇌전증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌전증	G40
2. 뇌전증지속상태	G41

3 이 특별약관에서 "일과성뇌허혈발작"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
1. 척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
2. 경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
3. 다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
4. 일과성 흑암시	G45.3
5. 기타 일과성 뇌허혈방작 및 관련 증후군	G45.8
6. 상세불명의 이과성 뇌허혈발작	G45.9

4 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표P(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

5 이 특별약관에서 "뇌졸중(뇌출혈제외)"이라 함은 뇌졸중(뇌출혈제외) 분류표P(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "뇌혈관특정질환"이라 함은 뇌혈관특정질환 분류표P(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

7 이 특별약관에서 "특정상해성뇌출혈"이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

8 "뇌전증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

9 "일과성뇌허혈발작"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌영상검사(초음파, CT, MRI등) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "일과성뇌허혈발작"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

10 "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌출혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ “뇌졸중(뇌출혈제외)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “뇌졸중(뇌출혈제외)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑫ “뇌혈관특정질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “뇌혈관특정질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑬ “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “특정상해성뇌출혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑭ 제8항 내지 제13항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환” 및 “특정상해성뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환” 및 “특정상해성뇌출혈”로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “통합뇌관련질환”으로 진단확정된 경우에는 세부보장별(“뇌전증”, “일과성뇌허혈발작”, “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “뇌혈관특정질환”, “특정상해성뇌출혈”)로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합뇌관련질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
뇌전증	“뇌전증”으로 진단확정시	뇌전증진단비[주1)]의 보험가입금액
일과성뇌허혈발작	“일과성뇌허혈발작”으로 진단확정시	일과성뇌허혈발작진단비[주2)]의 보험가입금액
뇌출혈	“뇌출혈”으로 진단확정시	뇌출혈진단비[주3)]의 보험가입금액
뇌졸중(뇌출혈제외)	“뇌졸중(뇌출혈제외)”으로 진단확정시	뇌졸중(뇌출혈제외)진단비[주4)]의 보험가입금액
뇌혈관특정질환	“뇌혈관특정질환”으로 진단확정시	뇌혈관특정질환진단비[주5)]의 보험가입금액
특정상해성뇌출혈	“특정상해성뇌출혈”로 진단확정시	특정상해성뇌출혈진단비[주6)]의 보험가입금액

통합뇌관련질환진단비 특별약관 주1) 통합뇌관련질환진단비(뇌전증) 주2) 통합뇌관련질환진단비(일과성뇌허혈발작) 주3) 통합뇌관련질환진단비(뇌출혈) 주4) 통합뇌관련질환진단비(뇌졸중(뇌출혈제외)) 주5) 통합뇌관련질환진단비(뇌혈관특정질환) 주6) 통합뇌관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "통합뇌관련질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 해당되는 세부보장별 통합뇌관련질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비, 일과성뇌허혈발작진단비, 뇌출혈진단비, 뇌졸중(뇌출혈제외)진단비, 뇌혈관특정질환진단비, 특정상해성뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

2 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합뇌관련질환진단비를 세부보장별("뇌전증", "일과성뇌허혈발작", "뇌출혈", "뇌졸중(뇌출혈제외)", "뇌혈관특정질환", "특정상해성뇌출혈")로 각각 1회씩 총 6회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

3 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

4 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-4. 양전자방출단층촬영(PET)검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는

「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	분류번호
양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)	다-339

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항의 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"는 "의사"에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"을 따릅니다.

4 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 외에 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양전자방출단층촬영(PET)검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 양전자방출단층촬영(PET)검사지원비는 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"의 직접적인 원인, 검사의 종류 및 검사 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 치료비영수증 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-5. 안면부창상봉합술치료발생금(1일1회,3㎝이상,급여) 특별약관

제1조("급여 안면부창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 안면부창상봉합술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 안면부창상봉합술 분류표(【별표129】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수] 「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술" 외에 "급여 안면부창상봉합술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 "급여 안면부창상봉합술"(이하 "입원 급여 안면부창상봉합술"라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 "급여 안면부창상봉합술"(이하 "외래 급여 안면부창상봉합술"라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 안면부창상봉합술치료발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 정한 "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-6. 창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,5㎝이상,연간3회한,급여) 특별약관

제1조("급여 창상봉합술(안면부제외)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 창상봉합술(안면부제외)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표(【별표130】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 창상봉합술(안면부제외)"외에 "급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 "급여 창상봉합술(안면부제외)"(이하 "입원 급여 창상봉합술(안면부제외)"라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 "급여 창상봉합술(안면부제외)"(이하 "외래 급여 창상봉합술(안면부제외)"라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료발생금(안면부제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에서 정한 "안면부"란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

3 제1항의 창상봉합술치료발생금(안면부제외)은 "급여 창상봉합술(안면부제외)"의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.

4 제3항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 창상봉합술(안면부제외)"을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-7. 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조("급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술"의 정의)

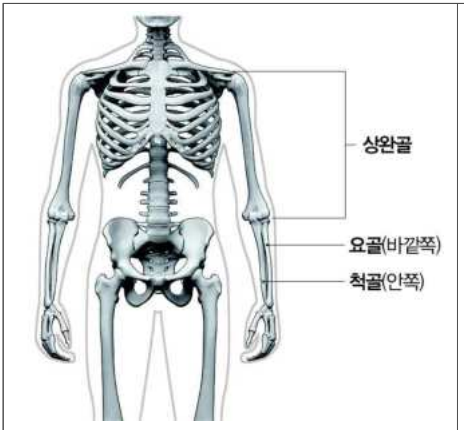
1 이 특별약관에서 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
1. 절골술 및 체내금속고정술[요골과척골중 하나, 경골과비골중 하나]	N0304
2. 절골술 및 체내금속고정술[대퇴골]	N0305
3. 절골술 및 체내금속고정술[상완골]	N0306
4. 절골술 및 체내금속고정술[요척골 동시, 경비골 동시]	N0307

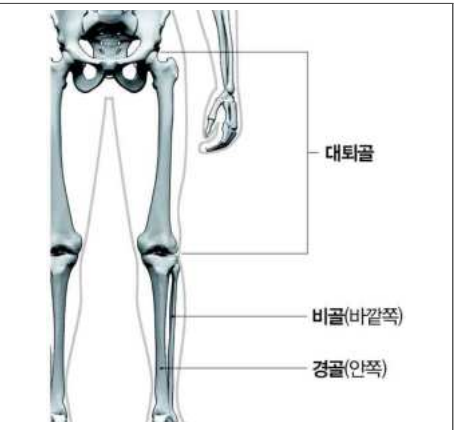
[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술 인정기준"을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술" 외에 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술 인정기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.



< 상지 >



< 하지 >

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술"을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상하지절골술및체내금속고정수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술"을 받은 날로 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 상하지절골술및체내금속고정수술비는 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술"의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

4 제1항의 "급여 상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술"에서 체내고정용 금속제거술은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10

조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-8. 치아보존치료비(크라운연간3개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1 "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

2 "영구치"라 함은 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 이상 치아)는 제외합니다.

3 "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

4 "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

5 "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

6 "치아보존치료"란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 받는 경우를 말하며, 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

1. 충전치료 : 치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이·온레이 등)이 있습니다.
2. 크라운치료 : 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것으로 예상되는 경우, 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

치료항목		정의
충전치료	아말감	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
	글래스 아이노머	치아를 충전하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료를 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 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접충전 치료방법을 말합니다.
크라운치료	크라운	임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 유치 또는 영구치에 대한 치아보존치료 진단확정을 받고 해당 유치 또는 영구치에 치아보존치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 치아보존치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해로 치아보존치료를 받는 경우

치료항목	치아보존치료 보험금		지급한도
아말감·글래스아이노머	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 10%	한도없음
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이 등)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도없음
크라운 치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3개한

2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보존치료를 받는 경우

가. 최초계약

1) 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 3세 이상인 경우

치료항목	계약일부터 경과기간	치아보존치료 보험금		지급한도
아말감·글래스아이노머	90일 이하	치아당	–	한도없음
	90일 초과 1년 미만		이 특별약관 보험가입금액의 5%	
	1년 이상		이 특별약관 보험가입금액의 10%	
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이 등)	90일 이하	치아당	–	한도없음
	90일 초과 1년 미만		이 특별약관 보험가입금액의 25%	
	1년 이상		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
크라운 치료	90일 이하	치아당	–	연간 3개한
	90일 초과 1년 미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	1년 이상		이 특별약관의 보험가입금액	

2) 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우

치료항목	치아보존치료 보험금		지급한도
아말감·글래스아이노머	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 10%	한도없음
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이 등)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도없음
크라운 치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3개한

나. 갱신계약

치료항목	치아보존치료 보험금		지급한도
아말감·글래스아이노머	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 10%	한도없음
아말감·글래스아이노머 이외 (레진필링, 인레이·온레이 등)	치아당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	한도없음
크라운 치료	치아당	이 특별약관의 보험가입금액	연간 3개한

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

[치아우식증(충치)]
한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 질병을 말합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환입니다.

[치주질환(잇몸질환)]
한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 질병을 말합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.

3 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(치과치료확인서 상의 진료시작일)로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 대해 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

2 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 치아당 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 봅니다.

[예시] 2025년 1월 10일에 보험가입금액 10만원 가입시
- 피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 2026년 1월 1일에 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금(10만원)만 지급합니다.
- 피보험자가 상악 좌측 송곳니에 치아우식증(충치)이 발생하여 2026년 1월 1일에 레진필링치료를 종료하고 보험금을 지급받은 경우(5만원), 동일한 치아에 치아우식증(충치)으로
  - ▸ 2026년 6월 1일에 크라운치료를 개시한 경우
    : 크라운치료 보험금 지급시 이미 받은 레진필링치료 보험금을 차감하고 지급
    (10만원 - 5만원 = 5만원)
  - ▸ 2026년 7월 1일에 크라운치료를 개시한 경우
    : 크라운치료 보험금을 지급(10만원)

3 이미 치아보존치료를 받은 치아에 대하여 새로운 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 보험금을 지급합니다.

4 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보존치료를 받는 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되더라도 그 계속 중인 치아보존치료에 대하여는 연간 지급한도 내에서 보험금을 지급합니다.

5 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보존치료를 진단확정 받은 해당 치아에 대하여 이 특별약관의 보험기간 중에 임시충전치료를 받았거나 치수치료를 시작한 경우 또는 임시크라운을 장착한 경우에는 계약의 효력이 없어진 이후에도 충전치료 또는 크라운치료를 받으면 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 지급한도 내에서 보험금을 지급합니다. 다만, 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6 보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치과의사 면허를 가진 자로부터 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료일(갱신계약의 경우에는 최종 갱신계약 종료일. 이하 같습니다) 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치아보존치료에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 지급한도 내에서 보험금을 지급합니다

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
7. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아 치료
8. 치아보존치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))을 원인으로 치아보존치료를 개시한 경우
9. 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치아보존치료를 받는 경우

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
5. 치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

10. 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
11. 라미네이트 등 미용 상의 치료

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(당사양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 치아보존치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
4. 진료비계산서
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 제2호 내지 제4호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같습니다.

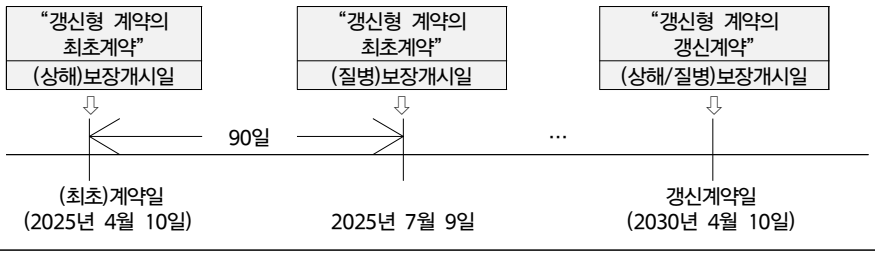
1. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 3세 이상인 경우

구분	보장개시일	
최초계약	상해	계약일
	질병	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일	

2. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우

구분	보장개시일
최초계약	피보험자의 보험나이 3세 계약해당일
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)] (단, 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 3세 이상인 경우에 한함)



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 상해에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-9. 영구치보철치료비Ⅲ(무제한,틀니연간1개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1 "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

2 "영구치"라 함은 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 이상 치아)는 제외합니다.

3 "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

4 "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술로, 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 "치아수복물"이라 함은 레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

6 "치아보철물"이라 함은 치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

7 "치아보철치료"란 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 영구치 발거에 대한 진단확정을 받은 후 영구치를 발거하고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge) 또는 임플란트(Implant) 치료를 받는 경우를 말하며 치료항목별 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
가철성의치 (틀니, Denture)	일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치 및 그와 관련된 조직이 결손이 되었을 때, 환자가 임의로 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 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.
고정성 가공의치 (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 인공보철물을 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.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치아보철치료를 받은 경우 치료 항목별로 아래의 영구치보철치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당 치아보철치료는 보장개시일 이후 상해 또는 진단확정된 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 해당 영구치를 발거한 후 행한 것에 한합니다.

1. 상해로 치아보철치료를 받는 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관 보험가입금액의 2배	연간 1개한
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도 없음

2. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 치아보철치료를 받는 경우

가. 최초계약

1) 보통약관 I 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우

치료항목	계약일부터 경과기간 (영구치 발거일 기준)	영구치보철치료 보험금		지급한도
가철성의치 (틀니, Denture)	90일 이하	보철물당	–	연간 1개한
	90일 초과 2년 미만		이 특별약관의 보험가입금액	
	2년 이상		이 특별약관 보험가입금액의 2배	
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	90일 이하	영구치발거 1개당	–	한도 없음
	90일 초과 2년 미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년 이상		이 특별약관의 보험가입금액	
임플란트 (Implant)	90일 이하	영구치발거 1개당	–	한도 없음
	90일 초과 2년 미만		이 특별약관 보험가입금액의 50%	
	2년 이상		이 특별약관의 보험가입금액	

2) 보통약관 I 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 미만인 경우

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관 보험가입금액의 2배	연간 1개한
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도없음

나. 갱신계약

치료항목	영구치보철치료 보험금		지급한도
가철성의치 (틀니, Denture)	보철물당	이 특별약관 보험가입금액의 2배	연간 1개한
고정성가공의치 (브릿지, Bridge)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도없음
임플란트 (Implant)	영구치발거 1개당	이 특별약관의 보험가입금액	한도없음

[보험금 지급 예시1]

- 계약일 2025년 4월 10일, 보험가입금액 100만원 가입
- 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상이며, “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 치아보철치료를 받는 경우

보험금 미지급 (90일 이하)	50%지급 (90일 초과 2년 미만)	100%지급 (2년 이상)

(2025.4.10.) 가입 — (2025.7.9.) 가입일부터 90일 — (2027.4.10.) 가입일부터 2년

- 2027년 3월 1일 치아우식증(충치)을 원인으로 영구치 6개를 뽑은 후 영구치 5개에 대해 2027년 6월 1일에 임플란트치료를 받고, 영구치 1개에 대해 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받은 경우
  - ▸ 임플란트 보험금 250만원(5개 × 100만원 × 50%)
  - ▸ 고정성가공의치(브릿지) 보험금 50만원(1개 × 100만원 × 50%)

[보험금 지급 예시2]

- 계약일 : 2025년 4월 10일
- 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상이며, “질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))”으로 임플란트치료를 받는 경우

발거 시기	(사례1)2025.6.1. 영구치 1개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2) 2025.9.5. 영구치 2개 발거후 1개 임플란트 치료받음	(사례2-1)2027.7.5. 1개 임플란트 치료받음 (2025.9.5.에 발거한 영구치 중 치료받지 않은 영구치)
보장	보험금 미지급	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개만 보장)	50%지급 (임플란트 치료한 영구치 1개 보장)

(2025.4.10.) — (2025.7.9.) 가입일부터 90일 — (2027.4.10.)

- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2025.6.1.에 발거한 치아는 보장개시 전(계약일부터 90일이하) 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험금을 지급하지 않음.
- 영구치를 발거한 일자를 기준으로 2025.9.5.에 발거한 치아는 계약일부터 90일 초과 2년 미만 사이에 발거한 것으로 이후에 치료를 받더라도 보험가입금액의 50%를 지급함.
- 2027년 4월 10일 이후 발거한 치아의 경우 보험기간 중 치료시 보험가입금액을 지급함.

2 제1항의 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 분류번호에 해당하는 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 치아우식	K02
2. 치수 및 근단주위조직의 질환	K04
3. 치은염 및 치주질환	K05

[치아우식증(충치)]

한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하는 질병을 말합니다. 치아우식증(충치)은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위 조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환입니다.

[치주질환(잇몸질환)]

한국표준질병·사인분류 중 분류번호 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하는 질병을 말합니다. 치주질환(잇몸질환)은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 합니다.

3 제1항의 “연간”이란 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(영구치 발거일)로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 복합 형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 큰 금액에 해당하는 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

[복합 형태의 치아보철치료 예시] 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

2 피보험자가 동일한 상해 또는 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보철치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

3 피보험자가 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 영구치를 발거한 후 계약의 효력이 없어진 경우에도 영구치를 발거한 날부터 2년 이내에 해당 부위에 치아보철치료를 할 경우, 효력이 없어진 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 지급한도 내에서 보험금을 지급합니다.

4 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치과의사 면허를 가진 자로부터 치아보철치료가 필요하다는 진단을 받았으나 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료일(갱신계약의 경우에는 최종 갱신계약 종료일. 이하 같습니다) 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치아보철치료에 한하여 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일이 속한 보험년도의 연간 지급한도 내에서 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우
2. 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우
3. 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
4. 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치를 발거하는 경우

대상질병	분류번호
1. 치아의 발육 및 맹출 장애	K00
2. 매몰치 및 매복치	K01
3. 치아경조직의 기타 질환	K03
4. 잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
5. 치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
6. 치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

5. 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과 치료를 한 경우
6. 라미네이트 등 미용상의 치료

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 치료확인서(회사가 정한 양식)
   가. 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
   나. 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
   다. 진료내용
   라. 진단확정일, 진료일수, 진료시작일, 진료종료일, 발거일(치아발거시)
3. 치아보철치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
4. 진료비계산서
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 제2호 내지 제4호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같습니다.

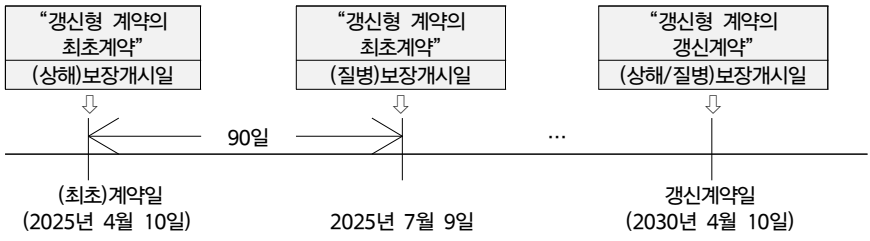
1. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우

구분	보장개시일	
최초계약	상해	계약일
	질병	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일	

2. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 미만인 경우

구분	보장개시일
최초계약	피보험자의 보험나이 6세 계약해당일
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)] (단, 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우에 한함)



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 질병(치아우식증(충치) 및 치주질환(잇몸질환))에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 상해에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-10. 영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(치아관련 용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1 "자연치"라 함은 타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.

2 "영구치"라 함은 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 이상 치아)는 제외합니다.

3 "유치"라 함은 젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.

4 "영구치 상실(喪失)"이라 함은 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환), 외상 등에 의하여 영구치가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 영구치의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거한 경우를 말합니다.

5 제4항의 "영구치 발거"라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술로, 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 영구치 발거 진단확정을 받고, 영구치를 상실한 경우에는 아래의 영

구치상실발생금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해로 영구치를 상실한 경우 : 상실된 영구치 1개당 이 특별약관의 보험가입금액
2. 질병으로 영구치를 상실한 경우
   가. 보통약관ㅣ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우

계약일부터 경과기간	영구치상실발생금		
	최초계약		갱신계약
90일 이하	상실된 영구치 1개당	-	치아당 이 특별약관의 보험가입금액
90일 초과		이 특별약관의 보험가입금액	

   나. 보통약관ㅣ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 미만인 경우 : 상실된 영구치 1개당 이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치과의사 면허를 가진 자로부터 영구치 발거가 필요하다는 진단을 받았으나 치료일정 협의를 사유로 이 특별약관의 보험기간 종료일(갱신계약의 경우에는 최종 갱신계약 종료일. 이하 같습니다) 이후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내의 영구치 발거에 한하여 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
7. 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 영구치를 발거한 경우
8. 맹출장애 : 부분 매복되었거나, 완전 매복되어 영구치를 발거한 경우

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(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 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 치과치료관련 증명서 등
   가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서

1) 발거한 영구치의 위치(또는 치아번호) 및 발거일자
2) 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태
3) 직접적인 영구치 발거원인

나. 치과진료기록 사본

다. 회사는 상기 “가”, “나” 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발거 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 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 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 치과병원, 치과의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 아래와 같습니다.

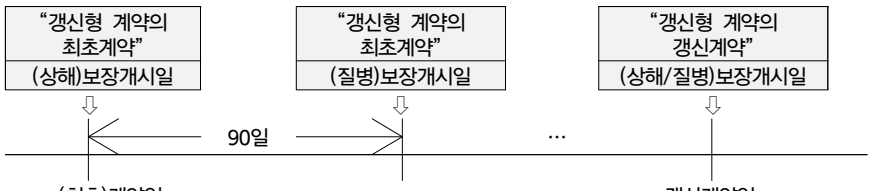
1. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우

구분	보장개시일	
최초계약	상해	계약일
	질병	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일	

2. 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 미만인 경우

구분	보장개시일
최초계약	피보험자의 보험나이 6세 계약해당일
갱신계약	이 특별약관의 갱신계약일

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)] (단, 보통약관Ⅰ 계약체결시 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우에 한함)



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 질병에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 상해에 대한 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-11. 부정교합치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 치과의사 면허를 가진 자(이하 "치과의사"라 합니다)에 의해 Angle씨 부정교합(不正咬合)분류법의 Ⅱ급 또는 Ⅲ급으로 판정받고 그로 인하여 교정치료가 필요하다는 진단이 있는 경우에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 부정교합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

[Angle씨 부정교합(不正咬合)분류법]

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

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사유 이외에 단순치열교정 등은 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(특별약관의 무효)
다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 이미 2세를 초과한 경우
2. 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 부정교합치료비 지급사유가 발생한 경우

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 부정교합치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(회사의 보장개시)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일로 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-12. 5대장기이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("5대장기" 및 "5대장기이식수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "5대장기"라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "5대장기이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 "5대장기"를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, "랑게르한스 소도세포이식수술"은 "5대장기이식수술"로 보지 않습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「장기 등 이식에 관한 법률」 제25조(장기이식의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 장기이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)] - 체외충격파쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술 ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수혜자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 "5대장기이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-13. 각막이식수술비(1회한) 특별약관

제1조("각막이식수술"의 정의)

이 특별약관에서 "각막이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「장기 등 이식에 관한 법률」 제25조(장기이식의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 장기이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수혜자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 "각막이식수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-14. 추간판장애수술비(갱신형) 특별약관(1종)

제1조("추간판장애"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "추간판장애"라 함은 추간판장애 분류표P(【별표131】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "추간판장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

또한 회사가 “추간판장애”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “추간판장애”로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 경우 동일한 “추간판장애”를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 추간판장애수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 추간판장애수술로 봅니다. 다만, 추간판장애수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 “추간판장애”로 수술을 받는 경우에는 다른 “추간판장애”로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 I 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-15. 응급실내원치료비(응급) 특별약관, 응급실내원치료비(응급)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“응급실” 및 “응급환자”의 정의)
1 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장ㆍ군수ㆍ구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
2 이 특별약관에서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 참조)에서 정한 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 “응급환자”에 해당되어 “응급실”에 내원하여 진료받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원치료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자

가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-16. 기흉진단비 특별약관(1,2종), 기흉진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("기흉"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "기흉"이라 함은 기흉 분류표P(【별표73】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "기흉"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 흉부전산화단층촬영(CT) 또는 흉부방사선촬영 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "기흉"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기흉"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기흉진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "기흉"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 기흉진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 기흉진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기흉진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-17. 특정쇼크(shock)진단비 특별약관

제1조("특정쇼크(Shock)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정쇼크(Shock)"라 함은 특정쇼크(Shock)분류표P(【별표134】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정쇼크(Shock)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가"특정 쇼크(Shock)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정쇼크(Shock)"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정쇼크(Shock) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정쇼크(Shock)"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정쇼크(Shock)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정쇼크(Shock)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정쇼크(Shock)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-18. 특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 특별약관

제1조("특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)"이라 함은 특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 분류표P(【별표132】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-19. 특정치료합병증진단비(특정처치중발생) 특별약관

제1조("특정치료합병증진단비(특정처치중발생)"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정치료합병증(특정처치중발생)"이라 함은 특정치료합병증(특정처치중발생) 분류표P(【별표133】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "특정치료합병증(특정처치중발생)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "특정치료합병증(특정처치중발생)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정치료합병증(특정처치중발생)"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입 금액을 최초 1회에 한하여 특정치료합병증진단비(특정처치중발생)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "특정치료합병증(특정처치중발생)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정치료합병증진단비(특정처치중발생)을 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정치료합병증진단비(특정처치중발생)에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정치료합병증(특정처치중발생)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지

의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-20. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관, 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"의 정의)
이 특별약관에서 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"(【별표135】 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표136】 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"(【별표135】 참조)에 해당하는 상병으로 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표136】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우. 단, "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"(【별표135】 참조)에 해당하는 상병으로 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"(【별표136】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주1) NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.
주2) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
주3) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.
(관련법령【부록】참조)

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
2 이 특별약관에서 "연간"이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
3 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
   1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
   2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
   3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용

의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-21. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관, 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("중증질환자 심장질환 산정특례대상"의 정의)

이 특별약관에서 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병"(【별표137】 참조)에 해당하는 심장질환자가 해당 질병의 치료를 위하여 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표138】 참조) 또는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분"(【별표139】 참조)에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 ※ 단, "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병"(【별표137】 참조) 에 해당하는 질병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"(【별표138】 참조)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.
(관련법령 【부록】 참조)

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
2 이 특별약관에서 "연간"이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
3 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의

개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-22. 중증화상산정특례대상진단비 특별약관

제1조("중증화상 산정특례대상"의 정의)
이 특별약관에서 "중증화상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간		특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표141】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"(【별표140】 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"(【별표140】 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"(【별표140】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"(【별표140】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【별표141】 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"(【별표140】 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증화상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
"중증화상 산정특례대상"에 해당하여 의사가 중증화상환자로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다. 적용기간은 확진된 날부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우 확진일로부터 1년입니다. 단, 확진일부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 경과 후 공단에 등록 신청한 경우 공단에 신청한 당일부터 적용됩니다.
(관련법령 【부록】 참조)

제2조("산정특례 신규등록"의 정의)
1 이 특별약관에서 "산정특례 신규등록"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】참조)에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서

를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “중증화상 산정특례대상”으로 등록된 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】참조)에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)] 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증화상환자가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 “본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술”(【별표2】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있다.(V306은 제외)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 “중증화상 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록”되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증화상 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

2 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증화상 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상산정특례대상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(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 "중증화상 산정특례 대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-23. 중증외상산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관

제1조("중증외상 산정특례대상"의 정의)
이 특별약관에서 "중증외상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]
「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]
"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 "중증외상 산정특례대상"으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증외상 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
2 이 특별약관에서 "연간"이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
3 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증외상 산정특례대상" 등

록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증외상 산정특례 대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경

우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-24. 추간판장애진단비 특별약관, 추간판장애진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("추간판장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "추간판장애"라 함은 추간판장애 분류표P(【별표131】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "추간판장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "추간판장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 "추간판장애"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관Ⅰ 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 추간판장애진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한

때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-25. 계약전환후보험료지원(10대사유)(1회한) 특별약관(1,2종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명

할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)] - 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우 - 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "심혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "특정양성뇌종양"이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표P(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

2 "특정양성뇌종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "특정양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 "영구적인 재생불량성빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 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 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 "재생불량성빈혈"은 보장에서 제외됩니다.

4 "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 진단검사의학 또는 진단혈액학 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조("특정상해성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성뇌출혈"이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정상해성뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제7조("특정상해성장기손상"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성장기손상"이라 함은 특정상해성장기손상 분류표P(【별표47】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정상해성장기손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제8조("특정심장방실및전도장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정심장방실및전도장애"이라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제9조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제15조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 계약전환후보험료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "상해50%이상후유장해"라 합니다)
2. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)
3. 제15조("회사의 보장개시)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우
4. "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
5. "심혈관질환"으로 진단확정된 경우
6. "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우
7. "중대한재생불량성빈혈"로 진단확정된 경우

8. “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우
9. “특정상해성장기손상”으로 진단확정된 경우
10. “특정심장방실및전도장애”으로 진단확정된 경우

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제15조(회사의 보장개시)에서 정한 「“암에 대한 보장개시일」 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 「“암”에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「“암”에 대한 보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일부터 「“암”에 대한 보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 「“암”에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「“암”에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 ‘「“암”에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제15조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상 질병 및 상해를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상 질병 및 상해
“암”, “뇌혈관질환”, “심혈관질환”, “특정양성뇌종양”, “중대한재생불량성빈혈”, “특정상해성뇌출혈”, “특정상해성장기손상”, “특정심장방실및전도장애”

7 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제11조(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 계약전환후보험료지원금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 상해로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제12조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시

제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 계약전환후보험료지원금이 지급되지 않았던 장해

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제14조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 계약전환후보험료지원금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

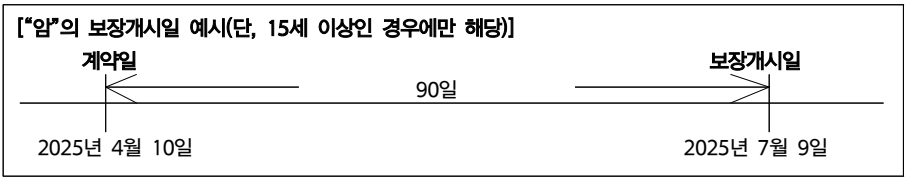
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제15조(회사의 보장개시)

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



2 "상해50%이상후유장해", "질병50%이상후유장해", "뇌혈관질환", "심혈관질환", "특정양성뇌종양", "중대한재생불량성빈혈", "특정상해성뇌출혈", "특정상해성장기손상" 및 "특정심장방실및전도장애"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. "암"의 보장개시일
   가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
   나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "상해50%이상후유장해", "질병50%이상후유장해", "뇌혈관질환", "심혈관질환", "특정양성뇌종양", "중대한재생불량성빈혈", "특정상해성뇌출혈", "특정상해성장기손상" 및 "특정심장방실및전도장애"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제17조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제18조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다,

3-26. 계약전환후보험료지원(10대사유)(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "심혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “심혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“특정양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 “특정양성뇌종양”이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표P(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

2 “특정양성뇌종양”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 “특정양성뇌종양”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“중대한 재생불량성빈혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “중대한 재생불량성빈혈”이라 함은 “영구적인 재생불량성빈혈”로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 “영구적인 재생불량성빈혈”이라 함은 만성 골수부전상태로서 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 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 “재생불량성빈혈”은 보장에서 제외됩니다.

4 “중대한 재생불량성빈혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 진단검사의학 또는 진단혈액학 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중대한 재생불량성빈혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제7조(“특정상해성장기손상”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정상해성장기손상”이라 함은 특정상해성장기손상 분류표P(【별표47】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 “특정상해성장기손상”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제8조(“특정심장방실및전도장애”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정심장방실및전도장애”이라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을

하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제9조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 계약전환후보험료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "상해50%이상후유장해"라 합니다)
2. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)
3. "암"으로 진단확정된 경우
4. "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
5. "심혈관질환"으로 진단확정된 경우
6. "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우
7. "중대한재생불량성빈혈"로 진단확정된 경우
8. "특정상해성뇌출혈"로 진단확정된 경우
9. "특정상해성장기손상"으로 진단확정된 경우
10. "특정심장방실및전도장애"으로 진단확정된 경우

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 아래의 대상 질병 및 상해를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상 질병 및 상해
"암", "뇌혈관질환", "심혈관질환", "특정양성뇌종양", "중대한재생불량성빈혈", "특정상해성뇌출혈", "특정상해성장기손상", "특정심장방실및전도장애"

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제11조("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지

못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 계약전환후보험료지원금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 상해로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제12조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는

최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 계약전환후보험료지원금이 지급되지 않았던 장해

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제14조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 계약전환후보험료지원금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제16조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

3-27. 보험료납입면제대상보장(10대사유) 특별약관(1,2종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표P(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "뇌혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원. 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내

려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "심혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "특정양성뇌종양"이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표P(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준 은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

2 "특정양성뇌종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "특정양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 "영구적인 재생불량성빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 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 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 "재생불량성빈혈"은 보장에서 제외됩니다.

4 "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 진단검사의학 또는 진단혈액학 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조("특정상해성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제7조(“특정상해성장기손상”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “특정상해성장기손상”이라 함은 특정상해성장기손상 분류표P(【별표47】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.
2 “특정상해성장기손상”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제8조(“특정심장방실및전도장애”의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 “특정심장방실및전도장애”이라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.
2 “특정심장방실및전도장애”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제9조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제15조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 계약전환후보험료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해50%이상후유장해”라 합니다)
2. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병50%이상후유장해”라 합니다)
3. 제15조(“회사의 보장개시)에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우
4. “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우
5. “심혈관질환”으로 진단확정된 경우
6. “특정양성뇌종양”으로 진단확정된 경우
7. “중대한재생불량성빈혈”로 진단확정된 경우
8. “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우
9. “특정상해성장기손상”으로 진단확정된 경우
10. “특정심장방실및전도장애”으로 진단확정된 경우

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제15조(회사의 보장개시)에서 정한 「“암에 대한 보장개시일」 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 「“암”에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「“암”에 대한 보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
3 제2항에도 불구하고 청약일부터 「“암”에 대한 보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라

도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제15조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상 질병 및 상해를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상 질병 및 상해
"암", "뇌혈관질환", "심혈관질환", "특정양성뇌종양", "중대한재생불량성빈혈", "특정상해성뇌출혈", "특정상해성장기손상", "특정심장방실및전도장애"

7 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제11조("상해50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해

2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 상해로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제12조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 보험료의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금이 지급되지 않았던 장해

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제14조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

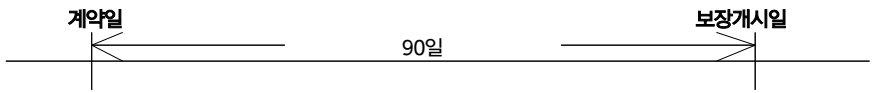
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제15조(회사의 보장개시)

1 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
2. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

["암"의 보장개시일 예시(단, 15세 이상인 경우에만 해당)]



2 "상해50%이상후유장해", "질병50%이상후유장해", "뇌혈관질환", "심혈관질환", "특정양성뇌종양", "중대한재생불량성빈혈", "특정상해성뇌출혈", "특정상해성장기손상" 및 "특정심장방실및전도장애"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
1. "암"의 보장개시일
가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 부활(효력회복)일
나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "상해50%이상후유장해", "질병50%이상후유장해", "뇌혈관질환", "심혈관질환", "특정양성뇌종양", "중대한재생불량성빈혈", "특정상해성뇌출혈", "특정상해성장기손상" 및 "특정심장방실및전도장애"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제17조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제18조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다,

3-28. 보험료납입면제대상보장(10대사유)(태아보장용) 특별약관(1종)

제1조("암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표P(【별표3】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.
– 예시
▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때(예시)]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조("심혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "심혈관질환"이라 함은 심혈관질환 분류표P(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "심혈관질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표P(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("특정양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "특정양성뇌종양"이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정양성뇌종양 분류표P(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

2 "특정양성뇌종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 "특정양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 "영구적인 재생불량성빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 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 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 "재생불량성빈혈"은 보장에서 제외됩니다.

4 "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 진단검사의학 또는 진단혈액학 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조("특정상해성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성뇌출혈"이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표P(【별표46】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "특정상해성뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제7조("특정상해성장기손상"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정상해성장기손상"이라 함은 특정상해성장기손상 분류표P(【별표47】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정상해성장기손상"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제8조("특정심장방실및전도장애"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정심장방실및전도장애"이라 함은 특정심장방실및전도장애 분류표P(【별표30】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

2 "특정심장방실및전도장애"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명

제9조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "상해50%이상후유장해"라 합니다)
2. 진단확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 "질병50%이상후유장해"라 합니다)
3. "암"으로 진단확정된 경우
4. "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우
5. "심혈관질환"으로 진단확정된 경우
6. "특정양성뇌종양"으로 진단확정된 경우
7. "중대한재생불량성빈혈"로 진단확정된 경우
8. "특정상해성뇌출혈"로 진단확정된 경우

9. “특정상해성장기손상”으로 진단확정된 경우
10. “특정심장방실및전도장애”으로 진단확정된 경우

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 아래의 대상 질병 및 상해를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상 질병 및 상해
“암”, “뇌혈관질환”, “심혈관질환”, “특정양성뇌종양”, “중대한재생불량성빈혈”, “특정상해성뇌출혈”, “특정상해성장기손상”, “특정심장방실및전도장애”

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제11조(“상해50%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 상해로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제12조("질병50%이상후유장해"에 관한 세부규정)

1 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금이 지급되지 않았던 장해

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제9조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제14조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장(10대사유)보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

3-29. 입원생활비(연간180일한도) 특별약관, 입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여

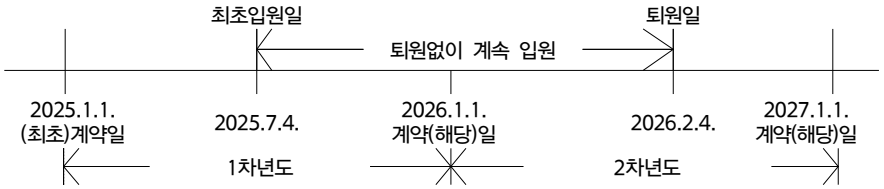
의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2025년 2025.7.4.~2025.12.31. (181일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2025년) 180일한도, 2차년도(2026년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2025년) 180일, 2차년도(2026년) 35일)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로

인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-30. 입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관, 입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

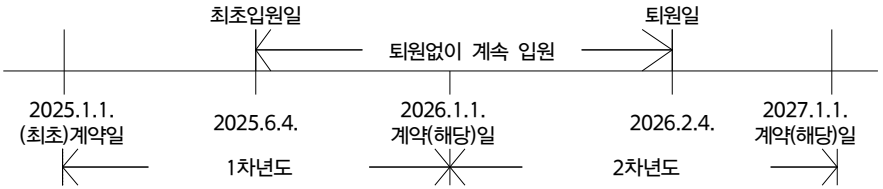
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2025년 2025.6.4. ~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2025년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2026년) 미지급)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-31. 종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관, 종합병원입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 종합병원입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 입원일 : 2025년 2025.7.4.~2025.12.31. (181일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2025년) 180일한도, 2차년도(2026년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2025년) 180일, 2차년도(2026년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부

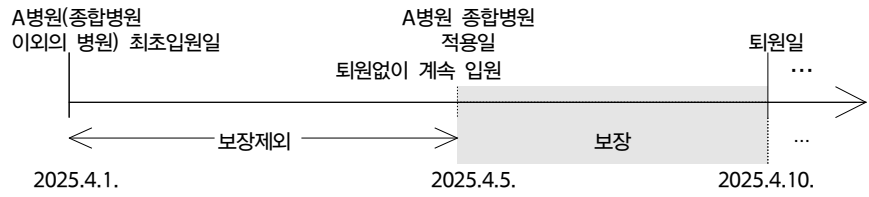
또는 일부를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

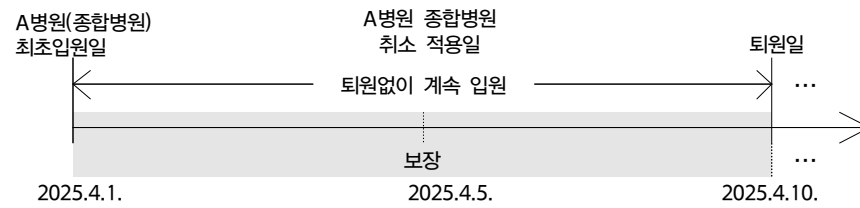
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우, 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로

인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-32. 종합병원입원생활비(연간181일이상) 특별약관, 종합병원입원생활비(연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

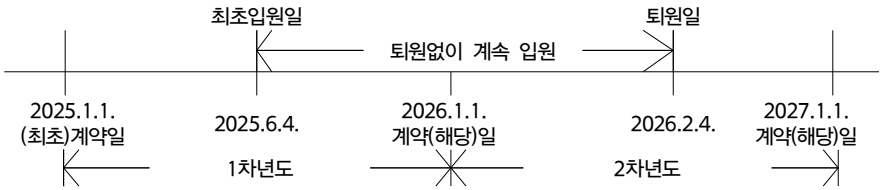
제2조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 종합병원입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2025년 2025.6.4. ~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)

⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2025년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2026년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

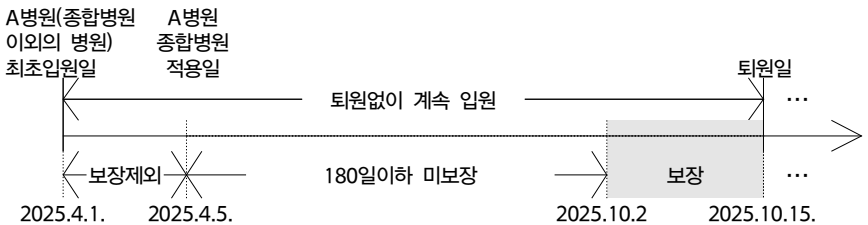
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

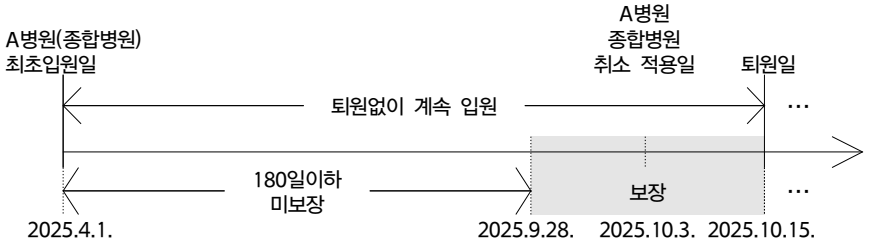
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우, 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-33. 상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관, 상급종합병원입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

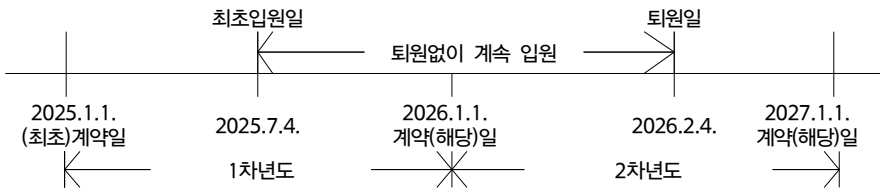
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상급종합병원입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

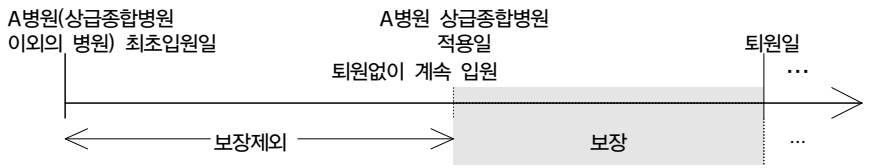


· 연도별 입원일 : 2025년 2025.7.4.~2025.12.31. (181일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2025년) 180일한도, 2차년도(2026년) 180일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2025년) 180일, 2차년도(2026년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.
2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이

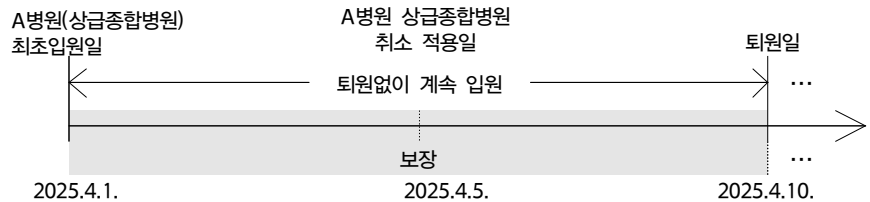
된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



6 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-34. 종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관, 종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

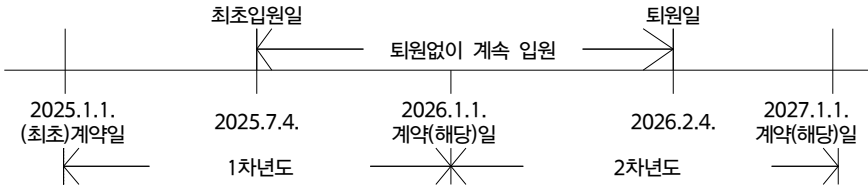
제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우 또는 종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 각각 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 종합병원입원생활비의 지급일수는 1인실 및 2-3인실 각각 연간 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	보장한도
종합병원의 1인실에 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 30일한도
종합병원의 2-3인실에 입원한 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 30일한도

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 입원일 : 2025년 2025.7.4.~2025.12.31. (181일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2025년) 30일한도, 2차년도(2026년) 30일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 60일 (1차년도(2025년) 30일, 2차년도(2026년) 30일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원의 1인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.

2 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 종합병원의 2-3인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.

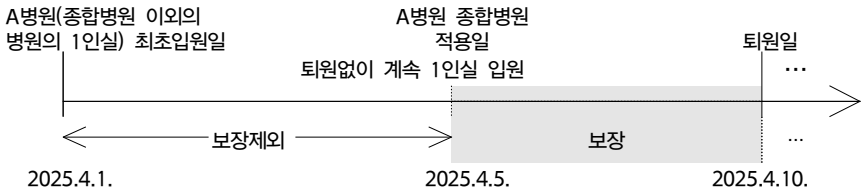
3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 종합병원의 1인실 또는 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 또는 2-3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

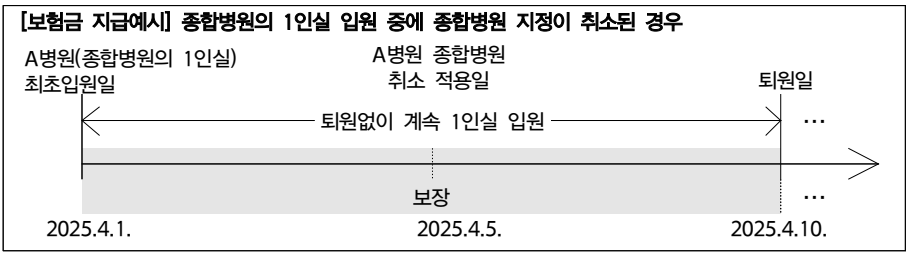
5 피보험자가 종합병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실 또는 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우, 종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 종합병원 이외의 병원의 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



7 피보험자가 종합병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



8 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-35. 상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관, 상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("상급종합병원"의 정의)
이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우 또는 상급종합병원의 2-3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 각각 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 상급종합병원입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상급종합병원입원생활비의 지급일수는 1인실 및 2-3인실 각각 연간 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	보장한도
상급종합병원의 1인실에 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액	연간 30일한도
상급종합병원의 2-3인실에 입원한 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간 30일한도

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 입원일 : 2025년 2025.7.4.~2025.12.31. (181일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2025년) 30일한도, 2차년도(2026년) 30일한도
⇒ 보험금 지급일수 : 총 60일 (1차년도(2025년) 30일, 2차년도(2026년) 30일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원의 1인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.
2 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 상급종합병원의 2-3인실에 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 30일 한도로 합니다.
3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부

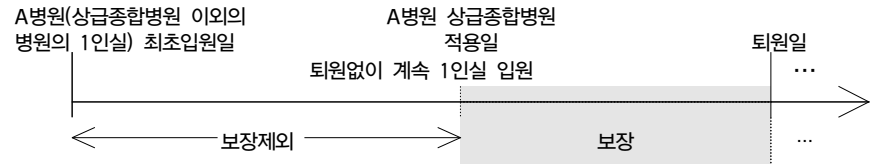
또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 상급종합병원의 1인실 또는 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 또는 2-3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 상급종합병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실 또는 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

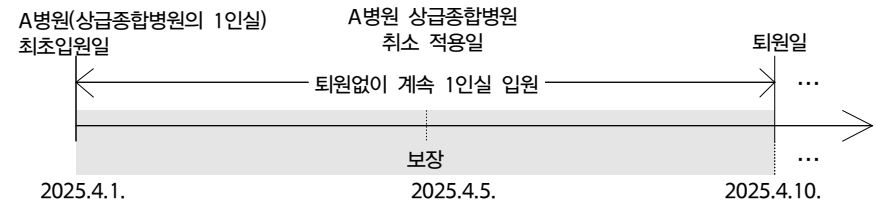
6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



7 피보험자가 상급종합병원의 1인실 또는 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원의 1인실 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



8 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-36. 간병인사용입원생활비(연간180일한도) 특별약관, 간병인사용입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 요양병원에 입원한 경우와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우 각각 연간 180일을 한도로 합니다.

구분	지급기준	1일당 지급금액
요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%
요양병원에 입원한 경우	-	이 특별약관 보험가입금액의 20%

2 제1항에서 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]

· 보험가입금액 : 5만원

① 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 10일 ~ 4월 17일, 요양병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 88만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 11만원(7만원 이상 해당)
5만원 × 8일 = 40만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일,
요양병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
5만원 × 8일 × 50% = 20만원 지급

③ 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일,
요양병원에 입원, 총 48만원 소요
⇒ 총 사용일수 8일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
5만원 × 8일 × 20% = 8만원 지급

3 제1항 내지 제2항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

4 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

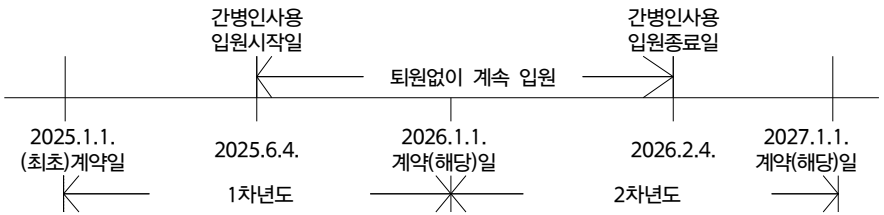
[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 제3항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

6 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2025년 2025.6.4.~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2025년) 180일, 2차년도(2026년) 35일)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-37. 간병인사용입원생활비(정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관, 간병인사용입원생활비(정신,한방병원제외,연간181일이상) (태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일이상 입원

하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 요양병원에 입원한 경우와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우 각각 연간 185일을 한도로 합니다.

구분	지급기준	1일당 지급금액
요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%
요양병원에 입원한 경우	–	이 특별약관 보험가입금액의 20%

2 제1항에서 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]

· 보험가입금액 : 10만원

① 간병인 사용일 및 금액:
2025년 5월 7일 ~ 12월 17일,
요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 1,800만원 소요
⇒ 총 사용일수 225일, 1일당 평균 8만원(7만원 이상 해당)
10만원 × 45일(225일 – 180일) = 450만원 지급

② 간병인 사용일 및 금액:
2025년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 25일 오후 ~ 12월 27일,
요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원, 총 1,146만원 소요
⇒ 총 사용일수 191일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
10만원 × 50% × 11일(191일 - 180일) = 55만원 지급

③ 간병인 사용일 및 금액:
2025년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 25일 오후 ~ 12월 27일,
요양병원에 입원, 총 1,146만원 소요
⇒ 총 사용일수 191일, 1일당 평균 6만원(7만원 미만 해당)
10만원 × 20% × 11일(191일 - 180일) = 22만원 지급

3 제1항 내지 제2항의 “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

4 이 특별약관에서 “간병서비스”란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

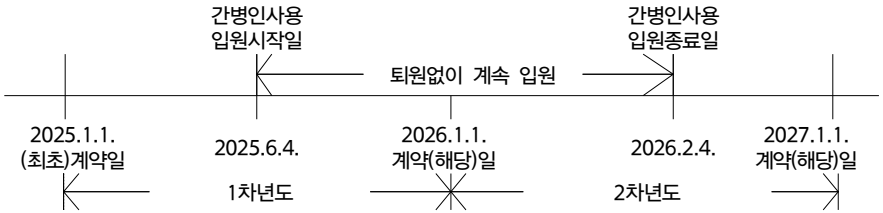
[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 제3항의 “사업자”는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

6 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2025년 2025.6.4.~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2025년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2026년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운

전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-38. 간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관, 간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

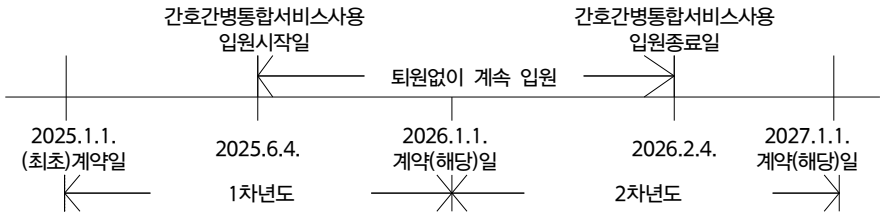
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호간병통합서비스입원생활비의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

2 제1항 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간호간병통합서비스를 사용한 입원일 : 2025년 2025.6.4.~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)

⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2025년) 180일, 2차년도(2026년) 35일)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호간병통합서비스입원생활비를 지급합니다.

2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호간병통합서비스입원생활비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호간병통합서비스입원생활비를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-39. 간호간병통합서비스입원생활비 (요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)

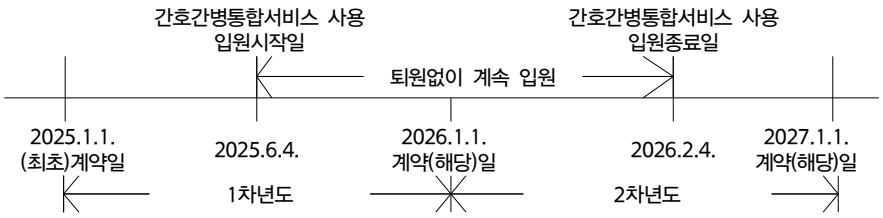
이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호간병통합서비스입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호간병통합서비스입원생활비의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간호간병통합서비스를 사용한 입원일 : 2025년 2025.6.4.~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)

⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2025년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2026년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호간병통합서비스입원생활비를 지급합니다.

2 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호간병통합서비스입원생활비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호간병통합서비스입원생활비를 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병

8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-40. 간병인사용입원생활비Ⅱ(연간180일한도) 특별약관, 간병인사용입원생활비Ⅱ(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 요양병원에 입원한 경우와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우 각각 연간 180일을 한도로 합니다.

구분	1일당 지급금액
요양병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액
요양병원에 입원한 경우	이 특별약관 보험가입금액의 20%

2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

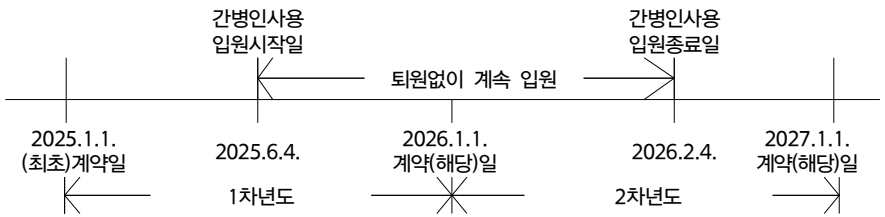
3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2025년 2025.6.4.~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)
⇒ 보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2025년) 180일, 2차년도(2026년) 35일)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 180일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-41. 간병인사용입원생활비Ⅱ(정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관, 간병인사용입원생활비Ⅱ(정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종)

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용입원생활비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용입원생활비의 지급일수는 요양병원에 입원한 경우와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우 연간 185일을 한도로 합니다.

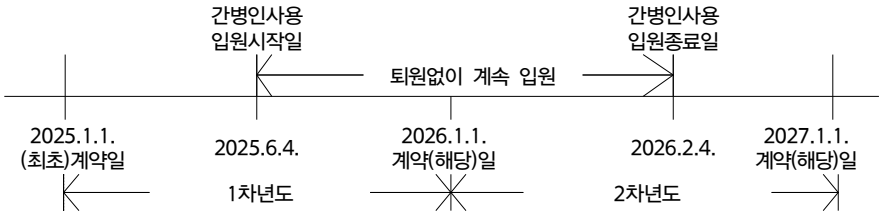
구분	1일당 지급금액
요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 입원한 경우	이 특별약관의 보험가입금액
요양병원에 입원한 경우	이 특별약관 보험가입금액의 20%

2 제1항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.
3 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다. 단, 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

4 제2항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
5 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]



· 연도별 간병인을 사용한 입원일 : 2025년 2025.6.4.~2025.12.31. (211일 입원)
2026년 2026.1.1.~2026.2.4. (35일 입원)

⇒ 보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2025년) 31일(211일 - 180일), 2차년도(2026년) 미지급)

제4조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

2 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-42. 간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관
간병인사용입원지원금 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용입원지원금(요양병원제외, 간병인사용금액연간200만원이상)
간병인사용입원지원금 (요양병원) 세부보장	간병인사용입원지원금(요양병원, 간병인사용금액연간200만원이상)

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 "연간 간병인사용 금액"에 따라 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용입원지원금(요양병원제외)를 보험수익자에게 지급합니다.

연간 간병인사용 금액	지급금액
200만원 이상 300만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	간병인사용입원지원금(요양병원제외) 보험가입금액의 100%

2 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 "연간 간병인사용 금액"에 따라 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용입원지원금(요양병원)를 보험수익자에게 지급합니다.

연간 간병인사용 금액	지급금액
200만원 이상 300만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	간병인사용입원지원금(요양병원) 보험가입금액의 100%

3 제1항 및 제2항의 "연간 간병인사용 금액"이라 함은 해당 질병 또는 상해의 진료를 위하여 병원, 의원 또는 요양병원에 입원하여 연간 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

4 제3항의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않는 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

[보험금 지급 예시]
· 보험가입금액 : 1,000만원
① 1차 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 10일 ~ 4월 17일, 총 간병인 사용금액 160만원
→ 총 사용일수 8일, 1일당 20만원 사용

② 2차 간병인 사용일 및 금액:
2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일, 총 간병인사용금액 216만원
→ 총 사용일수 8일, 1일당 27만원

연간 간병인사용 금액 = 1차 (20만원 x 8일 = 160만원) + 2차 (**25만원** x 8일 = 200만원)
= **360만원**

⇒ **보험가입금액의 15%(150만원) 지급**

5 제1항 내지 제4항의 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 "간병서비스"를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
6 이 특별약관에서 "간병서비스"란 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7 제5항의 "사업자"는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
8 제1항 및 제2항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 간병인을 사용하여 입원하던 중 계약해당일이 도래한 경우, 계약해당일 전일에 간병인을 사용한 입원이 종료된 것으로 보고 계약해당일에 새롭게 입원한 것으로 보아 "연간 간병인사용 금액"을 계산합니다.
2 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에 회사는 직전 계약(해당)일부터 보험금 청구일까지 "연간 간병인사용 금액"을 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 단, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인사용 금액"이 변경되는 경우 변경된 기준에 따라 아래와 같이 보장합니다.
1. 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 지급해야할 보험금이 이미 지급한 보험금보다 큰 경우 그 차액을 보험수익자에게 지급합니다.
2. 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 지급해야할 보험금이 이미 지급한 보험금보다 작은 경우 그 차액을 보험수익자는 회사에 납입하여야 합니다.
3 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원의 간병인 사용금액을 합산하여 "연간 간병인사용 금액"을 계산합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체 내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

한화 처음부터 함께하는
어린이보험 무배당2504 특별약관
(보통약관Ⅰ 부가대상)

4. 비용손해관련 특별약관

※ 보통약관Ⅰ에 부가가능한 특별약관입니다.
1,2종은 최초가입하는 계약에 적용하며,
3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는
계약에 적용합니다.

4-1. 유괴납치불법감금피해일당 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고된 시점부터 72시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴납치불법감금피해일당으로 피보험자에게 지급합니다.

2 제1항의 유괴납치불법감금피해일당은 사고발생 사실이 관할행정기관에 신고된 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류해제 되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 하여 지급합니다.

3 제1항의 "억류상태"라 함은 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 옮겨두는 것

4 제1항의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고, 접수된 시점부터 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명확한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 유괴·납치·인질 신고확인서(관할 경찰서장 발행)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-2. 의료사고법률비용(실손) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접적인 결과로써 의료사고가 발생하여 소송을 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.

2 제1항의 “의료기관”이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.
3 제1항의 “의료사고”라 함은 의료행위로 인한 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.
4 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 종료 후 그 치료의 직접적인 결과로써 의료사고가 발생하여 법원에 소송을 제기한 경우도 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
4. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
5. 피보험자의 배우자 또는 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)
피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료 확인서 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 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 분담)
1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-3. 아동학대피해보장(친족제외) 특별약관(1,2종)

제1조("아동","아동학대","아동학대관련범죄" 및 "친족"의 정의)

1 이 특별약관에서 "아동"이라 함은 18세 미만인 사람을 말합니다.

2 이 특별약관에서"아동학대관련범죄"라 함은 「아동복지법」 제3조(정의) 제7의2호(【부록】참조)에 따른 아동학대범죄를 말하며 "아동학대"란 「아동복지법」 제3조(정의) 제7호(【부록】참조)에 따른 아동학대를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "친족"이라 함은 「민법」 제777조(친족의 범위)(【부록】참조)에서 정한 친족을 말하며 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 친족이외의 자에 의한 "아동학대관련범죄"사건의 피해자가 되어 검사가 가해자에 대해 공소제기(약식기소를 포함합니다.), 기소유예 및 아동보호사건 송치한 경우, 이 특별약관의 보험가입금액을 아동학대피해보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자에 의한 아동학대
2. 보험수익자에 의한 아동학대
3. 피보험자의 친족에 의한 아동학대
4. 제3자와 피보험자의 친족, 보험수익자, 계약자의 공모로 발생한 아동학대

제4조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소이유 및 피의자와 피보험자의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-4. 학교폭력피해보장 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 제2조("학교","학생"및"학교폭력"의 정의)에서 정한 학생에 한합니다.

제2조("학교","학생"및"학교폭력"의 정의)

1 이 특별약관에서"학교"라 함은 「초·중등교육법」 제2조(학교의 종류)(【부록】참조)에 따른 학교 중 초등학교, 중학교, 고등학교를 말하며, 공민학교, 고등공민학교, 고등기술학교, 방송통신중학교, 방송통신고등학교, 특수학교 및 각종학교는 제외합니다.

2 이 특별약관에서"학생"이라 함은 제1항에서 정한 학교에 입학, 등록하여 수학하는 자를 말합니다.

3 이 특별약관에서"학교폭력"이라 함은 학교 내외에서 학생을 대상으로 발생한 다음 각 호 등에 의하여 신체·정신의 피해를 수반하는 행위를 말합니다.

1. 상해
2. 폭행
3. 감금

4. 협박
5. 악취·유인
6. 명예훼손·모욕
7. 공갈
8. 강요·강제적인 심부름
9. 성폭력
10. 따돌림
이 때"따돌림"이란 학교 내외에서 2명 이상의 학생들이 특정인이나 특정집단의 학생들을 대상으로 지속적이거나 반복적으로 신체적 또는 심리적 공격을 가하여 상대방이 고통을 느끼도록 하는 일체의 행위를 말합니다.
11. 사이버따돌림
이 때"사이버따돌림"이란 인터넷, 휴대전화 등 정보통신기기를 이용하여 학생들이 특정 학생들을 대상으로 지속적, 반복적으로 심리적 공격을 가하거나, 특정 학생과 관련된 개인정보 또는 허위사실을 유포하여 상대방이 고통을 느끼도록 하는 일체의 행위를 말합니다.
12. 정보통신망을 이용한 음란·폭력 정보

제3조("학교폭력대책심의위원회"의 정의)

1 이 특별약관에서"학교폭력대책심의위원회"라 함은 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 제12조(학교폭력대책심의위원회의 설치 · 기능)(【부록】참조)에 따라 학교 폭력의 예방 및 대책에 관한 사항을 심의하는 기구를 말합니다.

2 제1항에 의한"학교폭력대책심의위원회"의 심의가 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 및 관련 법령의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

3 이 특별약관에서 "학교폭력피해치료"라 함은 "학교폭력대책심의위원회" 심의결과에 따라 학교폭력으로 결정되고 학교폭력피해 보호조치 분류표(【별표142】 참조)에 해당하는 피해학생에 대한 보호조치(이하 "학교폭력 피해보상 인정 기준"이라 합니다)가 인정된 경우 해당 보호조치를 말합니다.

4 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "학교폭력 피해보상 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "학교폭력 피해보상 인정기준"에 따릅니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 학교폭력으로 피해가 발생하고, 그 이후 피보험자에 대하여 학교폭력대책심의위원회 심의 결과에 따라 학교폭력피해치료가 결정된 경우 피보험자에게 학교폭력피해치료보험금을 지급합니다.
단, 1회의 학교폭력대책심의위원회 심의당 1회의 학교폭력피해치료에 한하여 보장합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 지급사유)에서 피보험자에 대하여 1회의 "학교폭력대책심의위원회" 심의 결과 2가지 이상의 "학교폭력피해치료"가 결정된 경우라도 학교폭력피해치료보험금은 1회만 지급됩니다.

2 "학교폭력대책심의위원회" 심의 결과가 결정된 이후에 동일한 "학교폭력"에 대하여 「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」 제17조의2(【부록】 참조)에 따라 행정심판법에 따른 행정심판 등으로 제3조("학교폭력대책심의위원회"의 정의)에 해당하는"학교폭력피해치료"에 준하는 결과가 발생한 경우에도 하나의 보험사고로 보고 이미 결정된 "학교폭력대책심의위원회" 심의 결과를 기준으로 총 1회의 학교폭력피해치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

3 회사는 보험기간 중 피보험자에게 발생한 제2조("학교", "학생" 및 "학교폭력"의 정의)에서 정한 "학교폭력"으로 보험기간이 만료된 후 "학교폭력대책심의위원회" 심의 결과에 따라 "학교폭력피해치료"가 결정되더라도 학교폭력피해치료보험금을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 보험기간 중 제2조("학교","학생"및"학교폭력"의 정의)에서 정한 학교폭력이 발생한 시점에 이 특별약관의 피보험자가 제2조("학교","학생"및"학교폭력"의 정의)에서 정한 학생에 해당하지 않는 경우

제7조(보험금의 청구)

1 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(학교폭력대책심의위원회 결과통지서, 학교장 확인서, 진료비 세부내역서 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 사고증명서 중 학교장 확인서는 제2조("학교","학생"및"학교폭력"의 정의)에서 규정한 학교에서 발급한 것이어야 하며, 학교폭력대책심의위원회 결과통지서는 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조(하급교육행정기관의 설치 등)(【부록】 참조) 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제80조(교육지원청에 관한 특례)(【부록】 참조)에 따른 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시·도 조례로 정하는 기관으로 한다.)에서 발급한 것이어야 하고, 그 외 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 계약을 체결할 때 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제9조(계약 후 알릴의무)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(피보험자의범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않게 된 경우(이하"피보험자의 자격상실"이라 합니다)에는 계약자 또는 피보험자는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 "피보험자의 자격상실"이 되어 제4조(보험금의 지급사유)가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 제9조(계약 후 알릴의무)에 따라 회사가 계약자 또는 피보험자로부터 "피보험자의 자격상실"을 통보받은 날부터 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 "피보험자의 자격상실"시점당시 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

2 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액과 미경과보험료를 지

급합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-5. 초·중등학업중단보장(질병사유) 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관에서 피보험자는 제2조(“학교” 및 “학생”의 정의)에서 정한 학생에 한합니다.

제2조(“학교” 및 “학생”의 정의)
1 이 특별약관에서“학교”라 함은 「초·중등교육법」 제2조(학교의 종류)(【부록】 참조)에 따른 학교 중 초등학교 및 중학교를 말하며, 공민학교, 고등공민학교, 방송통신중학교, 특수학교 및 각종학교는 제외합니다.
2 이 특별약관에서“학생”이라 함은 제1항에서 정한 초등학교 또는 중학교에 입학, 등록하여 수학하는 자를 말합니다.

제3조(“질병으로 인한 학업중단상태”의 정의)
1 이 특별약관에서 “질병으로 인한 학업중단상태”라 함은 「초·중등교육법」 제14조(취학 의무의 면제 등)(【부록】 참조) 및 「초·중등교육법 시행령」 제28조(취학 의무의 면제·유예)(【부록】 참조)에서 정한 취학 유예 또는 면제 사유 중“질병의 사유”로 취학유예 또는 면제에 해당하는 학업중단상태가 되는 경우를 말합니다.
2 제1항에서 “질병의 사유”라 함은 「초 · 중등교육법 시행령」 제28조(취학 의무의 면제·유예)(【부록】 참조) 제4항의 교육감이 정하는 질병을 직접적인 사유로 하여, 학교의 장이 취학 의무의 면제 또는 유예를 결정하는 경우를 말합니다.
3 「초 · 중등교육법」 제13조(취학 의무) 제2항(【부록】 참조) 및 「초 · 중등교육법 시행령」 제15조(취학아동명부의 작성 등) 제3항(【부록】 참조) 에 따라 취학을 연기하는 경우는 제1항에 해당하지 않습니다.
4 제1항 내지 제3항 및 제도성 특별약관 “법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관” 제1조(특별약관의 적용범위)에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로“질병으로 인한 학업중단상태”의 기준이 폐지 또는 변경되어 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “질병으로 인한 학업중단상태”의 기준에 따릅니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “질병으로 인한 학업중단상태”로 확정되어 초등학교 또는 중학교에서 「교육기본법」 제8조(의무교육) 제1항(【부록】 참조)에서 정한 의무교육을 받을 수 없게 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 학업중단보험금으로 지급합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
피보험자가 취학 유예 및 면제 후 재취학하여 다시 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 학업중단보험금을 지급합니다. 다만, 취학 유예 후 유예 기간이 연장되는 경우에는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험

수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 취학 유예(면제) 승인 통지서(학교장 발행) 또는 이와 유사한 서류
4. 취학 유예 또는 면제를 신청할 때 사용한 소견서 또는 진단서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제4호의 소견서 또는 진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 계약을 체결할 때 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않은 경우에는 이 특별약관은 무효로하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제8조(계약 후 알릴 의무)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않게 된 경우(이하"피보험자의 자격상실"이라 합니다)에는 계약자 또는 피보험자는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 피보험자가 "피보험자의 자격상실"이 되어 제4조(보험금의 지급사유)가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 제8조(계약 후 알릴의무)에 따라 회사가 계약자 또는 피보험자로부터 "피보험자의 자격상실"을 통보받은 날부터 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 "피보험자의 자격상실"시점 당시 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

2 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-6. 카메라등이용·촬영 성폭력범죄발생금 특별약관(1,2종)

제1조(용어의 정의)

1 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)"이라 함은 카메라나 그 밖에 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 사람의 신체를 촬영대상자의 의사에 반하여 촬영하거나 그 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함합니다)을 촬영대상자의 의사에 반하여 반포, 판매, 임대, 제공 또는 공공연하게 전시, 상영하는 다음 각 호의 행위(미수를 포함합니다)를 의미합니다.
1. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제14조(카메라 등을 이용한 촬영) 제1항
2. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제14조(카메라 등을 이용한 촬영) 제2항
3. 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제14조(카메라 등을 이용한 촬영) 제3항

2 "관련사건"이라 함은 동일 피해자에 대한 다음 각 호의 사건을 의미합니다.

1. 피의자 1인이 범한 수개의 성폭력범죄(카메라등이용촬영)
2. 2인 이상의 피의자가 공동으로 범한 성폭력범죄(카메라등이용촬영)
3. 특정 촬영물 또는 그 복제물(복제물의 복제물을 포함합니다)을 매개로 하여 이루지는 수 개의 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)"

3 "검찰의 기소처분결정"이라 함은 검사가 피의자에 대하여 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)" 사건의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 해당 사건의 피의자가 "검찰의 기소처분결정"을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 단, 제1조 제2항 각 호의 "관련사건"은 하나의 사건으로 봅니다.

2 제1항에도 불구하고 다른 형사사건의 수사 또는 재판 과정에서 피의자의 피보험자에 대한 "성폭력범죄(카메라등이용촬영)" 혐의를 수사기관이 인지하여 수사기관에 신고, 고소, 고발 등의 접수 없이 "검찰의 기소처분결정"이 내려진 경우에도 보험수익자에게 제1항의 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자·보험수익자·계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제2조의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 성폭력범죄(카메라등이용촬영) 피해

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류(검찰청에서 발행한 불기소이유통지서, 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅰ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-7. 성폭력피해발생금(친족제외) 특별약관(1,2종)

제1조 (성폭력범죄 등의 정의)

1 이 특별약관에서 '성폭력범죄'라 함은 다음의 각 호를 말합니다.

1. 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄
2. 형법 제339조(강도강간)의 죄
3. 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례에서 정한 죄. 다만, 동법 제5조(친족관계에 의한 강간 등), 제13조(통신매체를 이용한 음란행위) 및 제14조(카메라 등을 이용한 촬영)는 제외합니다.
4. 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄

2 제1항 각 호의 범죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄는 성폭력범죄로 봅니다.

3 이 특별약관에서 '검찰의 처분결정'이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 불기소처분을 한 것을 말하며, 검사에 의해 불기소된 때에는 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서를 회사에 제출한 경우(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있어야 합니다) 피보험자를 성폭력범죄의 피해자로 인정합니다.

[「형법」 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정한 죄]
강간, 유사강간, 강제추행, 준강간/준강제추행, (준)강간/강제추행 미수, 미성년자등에 대한 간음, 업무상위력등에 의한 간음, 미성년자에 대한 간음/추행, 강간등상해/치상, 강간등살인/치사 등

[「형법」 제339조(강도강간)의 죄]
강도가 사람을 강간한 때

[「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2장에서 정한 죄]
특수강도강간, 특수강간, 장애인에 대한 강간·강제추행, 13세 미만의 미성년자에 대한 강간·강제추행 등

[「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)에서 정한 죄]
폭행이나 협박으로 아동·청소년을 강간, 강제추행 등을 한 경우

(관련법령【부록】참조)

제2조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '성폭력범죄'의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 이 특별약관의 가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자·보험수익자·계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제2조의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 피보험자의 친족에 의한 성폭력범죄
   다만, 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족 및 인척으로 하며, 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.
6. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 성폭력범죄(카메라등이용촬영) 피해

제4조 (보험금의 청구)
보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류(검찰청에서 발행한 불기소이유통지서, 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관 I 의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 I 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 I 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(태아기간 적립환급금 및 만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

5. (독립특별약관)
무배당
다빈치로봇수술비(1회한)
(갱신형) 특별약관(1,2종)

※ 보통약관 I 에 부가가능한 특별약관입니다.

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며,이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제10조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제29조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 · 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 · 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년치 이자 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.
보험계약대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2025년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장 보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가 보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항 제4조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험

수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급 합니다.

5 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 「상법」상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제8조(알릴 의무 위반의 효과)
1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제14조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
4 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
7 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제9조(사기에 의한 계약)
1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제10조(보험계약의 성립)
1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조(청약의 철회)
1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제12조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신 되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제13조(특별약관의 무효)
제2절. 보장조항 제5조(특별약관의 무효)를 따릅니다.

제14조(계약내용의 변경 등)
1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제15조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시] 생년월일 : 1995년 7월 2일, 계약일 : 2025년 1월 10일 ⇒ 2025년 1월 10일 – 1995년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제16조(특별약관의 소멸)

제2절. 보장조항 제6조(특별약관의 소멸)를 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일] 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제7조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제8조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제18조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일] 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제19조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제27조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제26조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)을 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(계약 전 알릴 의무), 제8조(알릴 의무 위반의 효과), 제9조(사기에 의한 계약), 제10조(보험계약의 성립) 및 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제8조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제22조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제14조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조의2(위법계약의 해지)
1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조(회사의 파산선고와 해지)
1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
4 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제27조(보험계약대출)
1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제28조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제29조(특별약관의 자동갱신)
1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신된 계약(이하 "갱신후 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제30조(특별약관의 보험기간)
1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.
3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제31조(자동갱신의 적용)
1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제29조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 계약은 종료됩니다.
5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제32조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)
1 계약자가 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.
2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제33조(갱신후 계약의 보장개시)
제29조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제34조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제36조(소멸시효)
보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2025년 1월 1일에 발생하였음에도 2028년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙] 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료] 계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제39조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의] 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제40조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제41조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제42조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "5천만원까지" 보호됩니다.

제2절. 보장조항

암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("암(갑상선암및전립선암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.
3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(갑상선암및전립선암제외)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급한도
최초계약			갱신계약	
계약일부터 경과기간				
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상		
–	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(갑상선암및전립선암제외)"으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

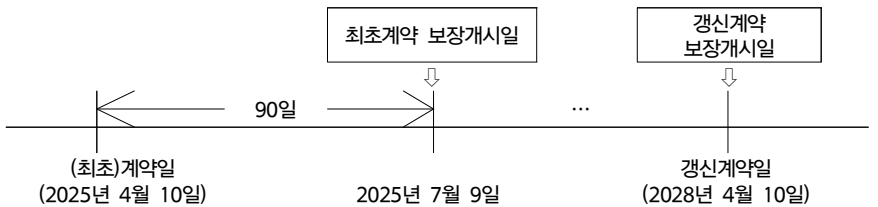
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)
이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형), 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용) 특별약관

제1조("암(갑상선암및전립선암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

– 예시
- ▸ C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ▸ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.
3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "암(갑상선암및전립선암제외)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형) 특별약관

지급금액			지급한도
최초계약		갱신계약	
계약일부터 경과기간			
1년미만	1년 이상		
이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

2. 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제5조(특별약관의 무효)
회사는 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
또한, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험금의 청구)
이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("갑상선암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "전립선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를

기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

4 "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급한도
최초계약			갱신계약	
계약일부터 경과기간				
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상		
–	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)
회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

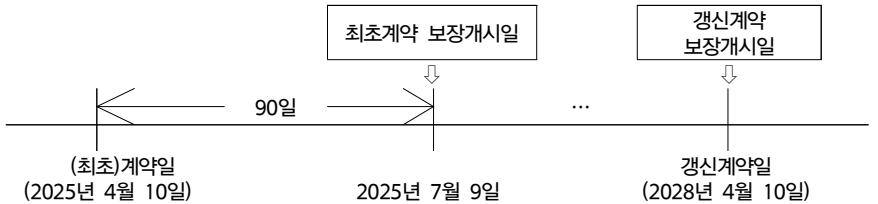
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형), 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용) 특별약관

제1조("갑상선암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "전립선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

3 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]
이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

4 "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인(fine needle aspiration)검사 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 이 경우 "갑상선암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형) 특별약관

지급금액			지급한도
최초계약		갱신계약	
계약일부터 경과기간			
1년미만	1년 이상		
이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

2. 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용) 특별약관 : 이 특별약관의 보험가입금액

제5조(특별약관의 무효)
회사는 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
또한, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험금의 청구)

이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

제1조("자궁및난소특정질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "자궁및난소특정질환"이라 함은 자궁및난소특정질환 분류표(【붙임3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "자궁및난소특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "자궁및난소특정질환"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "자궁및난소특정질환"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "자궁및난소특정질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				지급한도
최초계약			갱신계약	
계약일부터 경과기간				
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상		
–	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)
회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "자궁및난소특정질환"으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

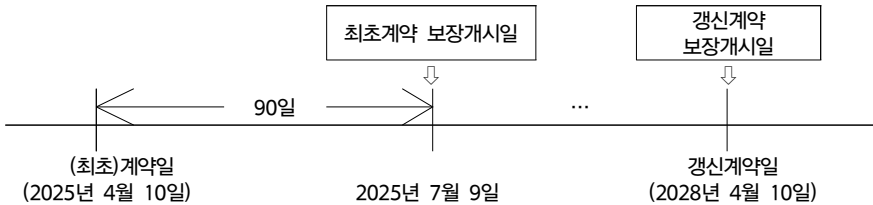
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 3년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형) 특별약관

제1조("자궁및난소특정질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "자궁및난소특정질환"이라 함은 자궁및난소특정질환 분류표(【붙임3】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "자궁및난소특정질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야

합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

1 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "자궁및난소특정질환"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]
다빈치로봇수술이란 "자궁및난소특정질환"의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇수술"에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

7 제6항의 "면역요법"이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "자궁및난소특정질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "다빈치로봇수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액			지급한도
최초계약		갱신계약	
계약일부터 경과기간			
1년미만	1년 이상		
이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한

제5조(특별약관의 무효)

회사는 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

또한, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험금의 청구)

이 특별약관의 보험금을 청구할 때는 제1절. 공통조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 단, 제1절 공통조항 제36조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【붙임2】 악성신생물 분류표

제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임3】 자궁및난소특정질환 분류표

약관에 규정하는 자궁및난소특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성신생물	D26
3. 난소의 양성신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물	D28
5. 자궁내막증	N80

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

6. (독립특별약관)
무배당 간병인보장
입원비(갱신형) 특별약관(1,2종)

※ 보통약관 I 에 부가가능한 특별약관입니다.

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며, 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 "출생전자녀가입 특별약관"이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제17조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제36조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 · 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 · 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년치 이자 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.
보험계약대출 이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2025년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 지급사유」 조항을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금 지급에 관한 세부규정」 조항을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제2절. 보장조항의 보장별 「보험금을 지급하지 않는 사유」 조항을 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]
분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

5 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기

록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제11조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)]
2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 「상법」상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예 : 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없습니다) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[비례보상 예시]

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원
· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 $\times \frac{0.3}{0.5}$ = 6천만원

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위

반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제16조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제17조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여

드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
· 고지의무 위반의 효과
· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해약환급금에 관한 사항
· 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신 되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제20조(특별약관의 무효)
회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의

2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]
의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자(心神薄弱者)]
심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 보험종목
   2. 보험기간
   3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
   4. 계약자, 피보험자
   5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]
보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제22조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(특별약관의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1995년 7월 2일, 계약일 : 2025년 1월 10일
⇒ 2025년 1월 10일 – 1995년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제23조(특별약관의 소멸)
제2절. 보장조항의 보장별 「특별약관의 소멸」 조항을 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납

입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율 +1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

4 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제36조(특별약관의 자동갱신)

1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 "갱신후 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제37조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.

3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제38조(자동갱신의 적용)

1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제36조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 계약은 종료됩니다.

5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제39조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제40조(갱신후 계약의 보장개시)

제36조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제43조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2025년 1월 1일에 발생하였음에도 2028년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]
권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제47조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제49조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

제2절. 보장조항

간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형), 간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 상해입원비는 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관에서 정한 「보험수익자의 지정」 조항에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.

3 피보험자가 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용상해입원비로 제1항의 상해입원비에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인사용비용 지급을 하지 않습니다.

4 제2항의 "간병인"이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 "간병인지원비용"이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.

[회사가 정한 금액]
계약일에 따라 그 금액이 달라질 수 있으며, 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

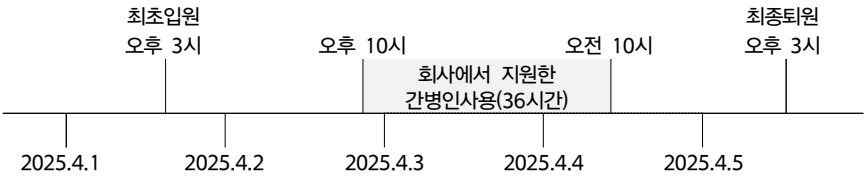
6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 상해입원비로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 상해입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용상해입원비 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간 미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.
3 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 상해입원비로 지급합니다.

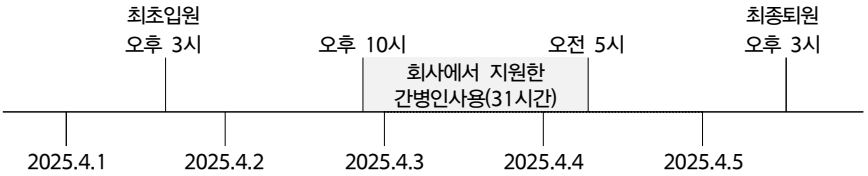
[상해입원비 지급일수 및 간병인 지원일수 예시]

1. 회사에서 지원한 간병인 사용
·최초입원일시 : 2025년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 12시간(36시간)



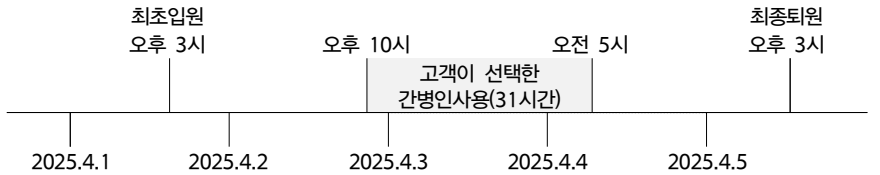
⇒ 총 입원일수 : 5일 (2025.4.1.~2025.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
상해입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

2. 회사에서 지원한 간병인 사용
·최초입원일시 : 2025년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2025.4.1.~2025.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
상해입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3. 고객이 선택한 간병인 사용
·최초입원일시 : 2025년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2025.4.1.~2025.4.5.)
간병인 지원일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
상해입원비 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

4 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보장합니다.

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급합니다.

6 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

8 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

9 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비 및 간호·간병통합서비스사용상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따라 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

10 제7항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈

련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

6 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원 서비스를 제공 할 수 없게 되는 경우, 제1절. 공통조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 이 특별약관을 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(태아보장용) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증] 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인지원질병입원비Q(1일이상180일한도)(갱신형), 간병인지원질병입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)
이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)
이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 질병입원비는 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관에서 정한 「보험수익자의 지정」 조항에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.
3 피보험자가 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용질병입원비로 제1항의 질병입원비에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인사용비용 지급을 하지 않습니다.
4 제2항의 "간병인"이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

5 "간병인지원비용"이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.

[회사가 정한 금액]
계약일에 따라 그 금액이 달라질 수 있으며, 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 질병입원비로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 지급사유)의 질병입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용질병입원비 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
2 제1항의 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간 미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이

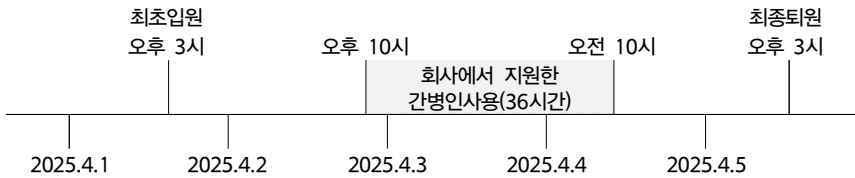
때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유) 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 질병입원비로 지급합니다.

[질병입원비 지급일수 및 간병인 지원일수 예시]

1. 회사에서 지원한 간병인 사용

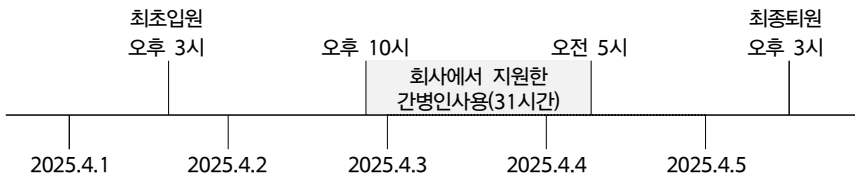
·최초입원일시 : 2025년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 12시간(36시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2025.4.1.~2025.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

2. 회사에서 지원한 간병인 사용

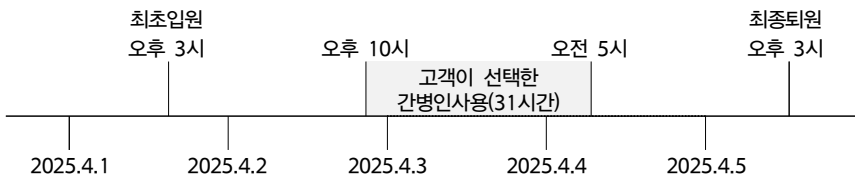
·최초입원일시 : 2025년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2025.4.1.~2025.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3. 고객이 선택한 간병인 사용

·최초입원일시 : 2025년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2025.4.1.~2025.4.5.)
간병인 지원일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

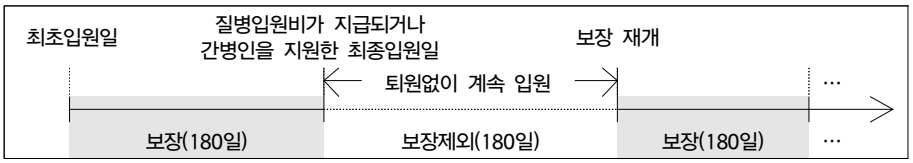
4 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보장합니다.

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급합니다.

6 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

8 제7항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



9 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비 및 간호·간병통합서비스사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따라 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.

11 7항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

(다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 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
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

2 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

6 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원 서비스를 제공 할 수 없게 되는 경우, 제1절. 공통조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 이 특별약관을 질병입원비(1일이상180일한도)Q(전환용) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

질병입원비Q(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형), 질병입원비Q(1일이상180일한도)(전환용)(태아보장용) 특별약관

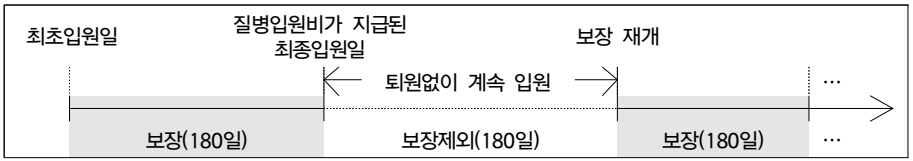
※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
(다만, 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 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
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

7. (독립특별약관)
무배당 가족일상생활중배상책임 특별약관(1,2종)

※ 보통약관 I 에 부가가능한 특별약관입니다.

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다. 이 특별약관의 경우, 보험수익자는 피보험자와 동일합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며,이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
최초계약	제19조(보험계약의 성립) 제2항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제40조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
대인 배상책임	타인의 신체장해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.
대물 배상책임	타인의 재물손해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 「보험금 등의 지급한도」 조항에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
보험금	보험금의 지급사유가 발생하였을 때 회사가 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
재물손해	아래의 손해를 말합니다. 가. 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 나. 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 다. 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
테러	정부, 일반대중, 일부집단 등에 대하여 영향을 미치거나 공포를 조성할 의도를 포함하여 정치, 종교, 특정이념, 기타 유사한 목적을 가지고 단독으로 또는 조직이나 정부를 대신하거나 연계하여 행하는 개인이나 집단의 무력 또는 폭력의 사용, 위협 등을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 • 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년치 이자 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다 **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약 대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.

용어	정의
보험계약 대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2025년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(피보험자의 범위)
제2절. 보장조항 제1조(피보험자의 범위)를 따릅니다.

제4조(보상하는 손해)
제2절. 보장조항 제2조(보상하는 손해)를 따릅니다.

제5조(보상하지 않는 손해)
제2절. 보장조항 제3조(보상하지 않는 손해)를 따릅니다.

제6조(손해의 통지 및 조사)
1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의

증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함)과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조(보험사고발생의 통지의무) 제1항(【부록】 참조)에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2절. 보장조항 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2항 제2호 다. 또는 라.의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출해야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 손해배상금 및 그 밖의 내용을 지급하였음을 증명하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제8조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

2 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

> **[가지급보험금]**
> 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

3 회사가 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

제2절. 보장조항 제4조(보험금 등의 지급한도)를 따릅니다.

제10조(의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)를 따릅니다.

2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

> **[공제계약]**
> 유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국 등이 공제계약을 취급합니다.

제11조(보험금의 분담)

1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위해 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

[손해배상청구에 대한 회사의 해결]

피해자는 피보험자를 대신하여 회사에 보험금 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 그 사고에 대하여 손해배상책임의 발생 여부, 손해배상금액 등이 부당하다고 여겨 따지거나 반대하고자 하는 의사를 밝히는 경우 회사는 피보험자를 대신하여 피해자에게 반대하는 등 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

3 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·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.

[보상책임을 지는 한도]
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

5 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

[대위권 예시]
제3자의 귀책사유로 1,000만원의 손해가 발생한 시점에서 회사가 600만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 600만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 400만원의 손해배상청구권을 가집니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)
계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제17조(계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나, 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제17조2(양도)
보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)
1 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)
1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
2 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
3 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제20조(청약의 철회)
1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 다른 동종의 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료

를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

· 청약의 철회에 관한 사항
· 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
· 고지의무 위반의 효과
· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해약환급금에 관한 사항
· 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신 되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자 및 피보험자가 동일한 경우에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제22조(특별약관의 무효)

회사는 계약을 맺을 때에 이 특별약관에서 정한 보험사고가 이미 발생하였을 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

3 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금] 보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

4 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조(조사)

1 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제25조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약] 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제26조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에

는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1995년 7월 2일, 계약일 : 2025년 1월 10일
⇒ 2025년 1월 10일 − 1995년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제27조(특별약관의 소멸)

1 피보험자 본인의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의에 의한 피보험자 본인의 사망의 경우에는 이 특별약관의 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제38조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제5조(보상하지 않는 손해), 제18조(사기에 의한 계약), 제22조(특별약관의 무효) 및 제34조(특별약관의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제29조(제2회 이후 보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제30조(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립), 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제34조(특별약관의 해지)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약시할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제34조(특별약관의 해지)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

3 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

4 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]
강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]
국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조(특별약관의 해지)
1 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제17조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보

상합니다.
7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
8 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제34조의2(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 이 특별약관을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

4 제34조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제38조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금
등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 피보험자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제40조(특별약관의 자동갱신)

1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 "갱신계약일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 계약(이하 "갱신후 계약"이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제41조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.

3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제42조(자동갱신의 적용)

1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제40조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계

약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신전 계약의 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 계약은 종료됩니다.

5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제43조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제44조(갱신후 계약의 보장개시)

제40조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제45조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제46조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제47조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2025년 1월 1일에 발생하였음에도 2028년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제48조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석

하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]
권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제50조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자 및 피보험자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제51조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자 또는 피보험자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제52조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자 보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제53조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

제2절. 보장조항

가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

1 이 특별약관에서 피보험자는 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)으로서 아래의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자(이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 친족(「민법」 제777조(친족의 범위)(【부록】 참조))
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

2 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 "사고"(이하 "사고"라 합니다)로 "대인배상책임" 또는 "대물배상책임"을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(주거용 건물에 한하고, 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2 이 특별약관에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제1절. 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제1절. 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제1절. 공통조항 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

[유익하였던 비용]
물건의 개량, 이용을 위하여 지출되는 비용으로 물건의 가치를 증가시키는 데 도움이 되는 비용을 말합니다.

[공탁보증보험료]
가압류, 가집행, 가처분 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품을 공탁보증보험이라 하며, 이 보험에 가입하기 위해 필요한 보험료를 공탁보증보험료라 말합니다.

3 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우 회사는 통보된 주택의 사고에 대하여 보상합니다.

4 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 소유하지 않게 되어 제3항의 경우가 발생하였으나 이를 통보하지 않은 경우, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등

이 달라져 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아니면 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

2 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자가 고용한 근로자가 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체장해로 인한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 이를 적용하지 않습니다.
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수 작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(보험금 등의 지급한도)

1 회사는 1회의 사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액(1억원)을 한도로 보상하되, 자기부담금("대물배상책임"에 한하여 "누수사고"인 경우 50만원, "누수사고" 이외의 사고인 경우 20만원)을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가., 나. 및 마.의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다. 및 라.의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

2 제1항 제1호의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 단, 제1절. 공통조항 제47조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

한화 처음부터 함께하는
어린이보험 무배당2504
보통약관Ⅱ(1,2종)

※ 1,2종은 최초가입하는 계약에 적용합니다.

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 계약에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)
이 약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
장해	장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 · 1년차 이자 = 100원 원금 × 10% = 10원 · 2년차 이자 = (100원 원금 + 10원 1년치 이자) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】참조)
보장부분 적용이율	보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다
보험계약대출 이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2025년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

6 피보험자의 범위

1. 보통약관Ⅱ의 피보험자는 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자의 부양자 또는 후견인(이하 “피보험자”라 합니다)으로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
제2절. 보장조항 제1조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제2절. 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때

에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금은 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1항의 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 회사는 제1항의 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

> **[분쟁조정 신청]**
> 분쟁조정 신청은 보통약관 제39조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분재조정위원회를 말합니다.

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

5 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

> **[가지급보험금]**
> 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하

지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(중도인출에 관한 사항)

이 계약은 중도인출이 불가능합니다.

제10조(만기환급금의 지급)

이 계약은 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제11조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

[법정상속인] 피상속인의 사망으로 인하여 「민법」의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제14조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)] 2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 「상법」상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예 : 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없습니다) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[비례보상 예시]

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 $\times \frac{0.3}{0.5}$ = 6천만원

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을

고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 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.

[유의사항]
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제18조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, "인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제19조(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 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
· 고지의무 위반의 효과
· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해약환급금에 관한 사항
· 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신 되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제22조(계약의 무효)
회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때

단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]
의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자(心神薄弱者)]
심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
다만, 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】으로 체결한 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]
계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해약)환급금]
보험료 등의 감액시 만기(해약)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일 : 1995년 7월 2일, 계약일 : 2025년 1월 10일
⇒ 2025년 1월 10일 − 1995년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제25조(계약의 소멸)
1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
3 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
5 제1항 및 제4항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제36조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
6 제1항 및 제5항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제37조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제26조(보통약관Ⅰ과의 관계)
보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸)에 따라 보통약관Ⅰ이 소멸하는 경우에도 이 계약은 소멸하지 않습니다.

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시

됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 합니다.

제28조(제2회 이후의 보험료 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 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 있습니다. 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 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 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.

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]
강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.
담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
·전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]
국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

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 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조의2(위법계약의 해지)
1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
4 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]
금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제34조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 약자에게 지급합니다.

제36조(해약환급금)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 【1종(기본형)】 해약환급금의 50%를 지급합니다.
2. 회사는 계약자가 【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 가입시 【1종(기본형)】의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
4 제33조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제37조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제39조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제40조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정을 담당하는 법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

> **[소멸시효의 완성]**
> 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2025년 1월 1일에 발생하였음에도 2028년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

> **[신의성실의 원칙]**
> 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

> **[보험안내자료]**
> 계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험

수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]
회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제45조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 「상법」, 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

제2절. 보장조항

부양자상해사망 보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 보장의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 이 보장에서 "사망"이라 함은 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보장의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 보장에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

한화 처음부터 함께하는
어린이보험 무배당2504 특별약관
(보통약관Ⅱ 부가대상)
(1,2종)
1. 질병관련 특별약관

※ 보통약관Ⅱ에 부가가능한 특별약관입니다.
1,2종은 최초가입하는 계약에 적용합니다.

1-1. 부양자질병사망 특별약관(1,2종)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접 결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-2. 모성사망 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표(【별표147】 참조)에서 정한 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금 의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-3. 임신중독증(자간포함)진단비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("임신중독증(자간포함)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "임신중독증(자간포함)"이라 함은 임신중독증(자간포함) 분류표(【별표143】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "임신중독증(자간포함)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "임신중독증(자간포함)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "임신중독증(자간포함)"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 임신중독증(자간포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 보험기간이 종료되었을 때에도 동일한 임신에 한하여 "임신중독증(자간포함)"으로 진단확정된 경우에는 보장하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "임신중독증(자간포함)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 임신중독증(자간포함)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 임신중독증(자간포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 임신중독증(자간포함)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금 의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-4. 태반조기박리진단비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("태반조기박리"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "태반조기박리"라 함은 태반조기박리 분류표(【별표144】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "태반조기박리"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "태반조기박리"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "태반조기박리"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 태반조기박리진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "태반조기박리"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 태반조기박리진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 태반조기박리진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 태반조기박리진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한

때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금 의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-5. 양수색전증진단비 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("양수색전증"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "양수색전증"이라 함은 양수색전증 분류표(【별표145】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "양수색전증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "양수색전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "양수색전증"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양수색전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간이 종료되었을 때에도 동일한 임신에 한하여 "양수색전증"으로 진단확정된 경우에는 보장하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "양수색전증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 양수색전증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제25조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 양수색전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 양수색전증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금 의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-6. 임신및출산질환수술비(수술1회당) 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("임신 및 출산관련 질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "임신 및 출산관련 질환"이라 함은 임신 및 출산관련 질환 분류표(【별표146】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "임신 및 출산관련 질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "임신 및 출산관련 질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]
- 체외충격파쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "임신 및 출산관련 질환"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신및출산질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-7. 여성산과관련자궁적출수술비(1회한) 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"이라 함은 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표(【별표147】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("자궁적출수술"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "자궁적출수술"이라 함은 자궁적출수술 분류표(【별표148】 참조)에서 정한 자궁을 적출하는 수술로서, 수술분류기준은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 따릅니다. 다만, 자궁경부 원추형절제술(Conization of cervix)은 "자궁적출수술"로 보지 않습니다.

[자궁경부 원추형절제술(Conization of cervix)]
자궁경부의 일부를 절제하는 방법으로 조직을 원뿔 모양으로 제거하는 것을 말하며, 자궁 경부 상피 내 종양을 치료하고 진단하기 위한 목적으로 시행됩니다.

2 제1항의 "자궁적출수술"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "자궁적출수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 여성산과관련자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성산과관련자궁적출수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-8. 임신및출산질환입원비(4일이상120일한도) 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("임신 및 출산관련 질환"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "임신 및 출산관련 질환"이라 함은 임신 및 출산관련 질환 분류표(【별표146】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "임신 및 출산관련 질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "임신 및 출산관련 질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조("입원"의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기

관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “임신 및 출산관련 질환”의 직접적인 치료를 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 “임신 및 출산관련 질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “임신 및 출산관련 질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “임신 및 출산관련 질환”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “임신 및 출산관련 질환”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “임신 및 출산관련 질환”으로 진단된 경우에 이는 “임신 및 출산관련 질환”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

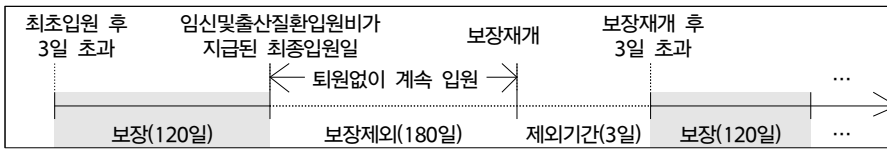
제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “임신 및 출산관련 질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신및출산질환입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 임신및출산질환입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 이 특별약관의 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 임신및출산질환입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 임신및출산질환입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신및출산질환입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 임신및출산질환입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-9. 다운증후군출산보장 특별약관(1,2종)

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.

제2조("다운증후군"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "다운증후군"이라 함은 다운증후군 분류표P(【별표149】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "다운증후군"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자로부터 태어난 자녀(보통약관Ⅰ의 피보험자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 "다운증후군"으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다운증후군출산보장 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금의 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관을 가입할 때 임신과정 또는 산전검사 등에서 다운증후군에 대한 태아이상 가능성이 발견되거나 진단 또는 소견을 받은 적이 있는 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 다운증후군출산보장 보험금를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금 의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 1년으로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다.

1-10. 출산전선별검사이상소견진단비 특별약관(1,2종)

제1조 (피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("이상소견"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "이상소견"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
산모의 출산전 선별검사의 이상소견	O28

2 "이상소견"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "이상소견"으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 출산전선별검사이상소견진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 출산전선별검사이상소견진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-11. 특정임신중당뇨진단비 특별약관(1,2종)

제1조 (피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조("특정임신중당뇨"의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "특정임신중당뇨"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
임신중 생긴 당뇨병	O24.4

2 "특정임신중당뇨"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "특정임신중당뇨"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정임신중당뇨"로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정임신중당뇨진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)
1 피보험자가 이 특별약관의 계약일 이전에 "당뇨병"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항의 “당뇨병”이라 함은 한국표준질병사인분류에 따른 임신중 당뇨병(O24), 당뇨(R81), 1형 당뇨병(E10), 2형 당뇨병(E11), 영양실조-관련 당뇨병(E12), 기타 명시된 당뇨병((E13), 상세불명의 당뇨병(E14)을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정임신중당뇨진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-12. 유산진단비 특별약관(1,2종)

제1조 (피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 “피보험자”라 합니다)로 합니다.

제2조(유산의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “유산”이라 함은 유산 분류표(【별표150】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 “유산”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 “의사”라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “유산”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 “태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)”은 보장에서 제외합니다. 다만, 모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)(【부록】 참조)에 해당하는 경우에는 보장에서 제외하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 유산으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유산진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 다만, 다태아 유산의 경우 1회 유산으로 간주합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유산진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

1-13. 산후우울증치료비(1회한) 특별약관(1,2종)

제1조 (피보험자의 범위)
이 특별약관의 피보험자는 계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ에서 정한 피보험자를 임신한 여성으로서 보험증권에 기재된 자(이하 "피보험자"라 합니다)로 합니다.

제2조(산후우울증 및 약물치료의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서 "산후우울증"이라 함은 산후우울증 분류표(【별표151】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2 "산후우울증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격증을 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 확인이 필요한 경우 검사 결과지, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
3 이 특별약관에서 "약물치료"라 함은 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 산후우울증의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRIs), 세로토닌 노르에피네프린 재흡수 억제제(SNRI), 삼환계 항우울제(TCA), 항불안제(Anxiolytics), 단가아민 산화효소억제제(MAOIs), 기타의 중추신경용약제 등)을 처방하여 치료하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 산후우울증으로 진단 확정 되고, 약물치료를 받는 경우에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 산후우울증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 신후우울증치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관Ⅱ의 보험기간에도 불구하고 분만일부터 1년까지로 합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 준용하지 않습니다.

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 제도성 특별약관 (공통)

※ 보통약관 Ⅰ 및 보통약관 Ⅱ 에 부가가능한 특별약관입니다.
1,2종은 최초가입하는 계약에 적용하며,
3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는 계약에 적용합니다.

1. 보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종)

제1조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 손해의 보상을 내용으로 하는 이 계약의 다른 특별약관 중 갱신형 특별약관(이하 “보장특약”이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)
1 보장특약이 다음의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
   1. 갱신된 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내일 것
   2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
   3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
   4. 갱신전 보장특약이 소멸되지 않을 것

2 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제3조(보장특약의 보험기간)
1 보장특약의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
2 보장특약의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관Ⅰ의 보험기간 종료일로 합니다.
3 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 보장특약의 보험기간이 보장특약의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 보장특약의 보험기간으로 합니다.
4 제2항 및 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 경우 보장종료일은 아래에 정한 피보험자의 보험나이의 계약해당일로 합니다.
   1. 영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형), 영구치보철치료비Ⅲ(무제한,틀니연간1개한)(상해및질병)(갱신형), 치아보존치료비(크라운연간3개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관의 보장종료일 : 보통약관Ⅰ 100세만기, 90세만기 또는 80세만기 선택시 피보험자의 보험나이 60세 계약해당일
   2. 부정교합치료비(1회한)(갱신형), 시력치료비(1회한)(갱신형), 시력교정비(1회한)(갱신형), 선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 및 특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형), 중증틱장애진단비(갱신형) 및 수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보장종료일 : 보통약관Ⅰ 100세만기, 90세만기, 80세만기, 55세만기 또는 30세만기 선택시 피보험자의 보험나이 20세 계약해당일
   3. ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형) 및 불소도포치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보장종료일 : 피보험자의 보험나이 18세 계약해당일
   4. 성조숙증진단비(갱신형) 특별약관의 보장종료일 : 피보험자의 보험나이 13세 계약해당일
   5. 선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 및 특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보장종료일 : 피보험자의 보험나이 9세 계약해당일
   6. 특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한) 특별약관의 보장종료일 : 피보험자의 보험나이 10세 계약해당일

제4조(자동갱신 적용)
1 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
2 회사는 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 계약자가 납입하여야 하는 갱신후 보장특약의 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
3 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된

경우에는 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신계약일에 보장특약은 종료됩니다.

5 갱신계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 보장특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신계약일 이후 납입한 갱신후 보장특약의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(갱신후 보장특약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1 계약자가 보통약관 I 의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장특약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 보통약관 I 의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.

2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(갱신후 보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 보장특약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 I 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 출생전자녀가입 특별약관(1,2종)

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

용어	정의
태아	보험계약을 체결 할 때에 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 자를 말합니다.
임신부	출생 후 피보험자가 될 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
출생일	피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생일로서 주민등록번호 앞의 6자리 숫자를 기준으로 합니다.
출생예정일	계약체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다.
계약응당일	매월 도래하는 보험계약일과 동일한 날을 말합니다. 다만, 피보험자의 출생일 이후에는 매월 도래하는 출생일과 동일한 날을 말합니다.
태아보장기간	계약체결일부터 태아의 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다. 단, 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하기 전에는 계약체결일부터 출생예정일까지의 기간을 말합니다.
태아위험보장	계약자가 태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 회사는 계약일부터 출생시점까지 발생하는 태아의 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보험금을 지급합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관Ⅰ의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일에 시작하여 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 한 기간까지 적용됩니다.

3 회사는 보통약관Ⅰ의 「보험계약의 성립」 조항 제2항에도 불구하고, 계약자의 청약에 대한 승낙여부를 판단하기 위하여 임신부의 가입나이, 건강상태 및 직무 등을 확인할 수 있습니다.

4 회사는 계약자의 청약에 대해 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 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 태아인 계약에 대하여 적용합니다.

2 제1항의 태아는 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.

제4조(출생통지)

1 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
   1. 통지서(회사 양식)
   2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
   3. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

2 회사는 제1항의 알림이 있는 경우 아래의 사항을 확정합니다.
   1. 피보험자의 성별
   2. 피보험자의 출생일
   3. 피보험자 출생일 기준의 태아보장기간과 출생일 이후의 보험기간 및 납입기간

3 회사는 제1항의 알림 및 제2항의 확정이 있는 경우에는 그 내용을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제5조(유산 또는 사산시 계약의 무효)

1 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 계약을 무효로 합니다. 단, 보통약관Ⅱ

및 그에 부가되는 특별약관은 제외합니다.

2 계약자는 제1항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사 양식)
2. 의사 또는 조산사가 작성한 태아의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
3. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

3 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 단, 보통약관 Ⅱ 및 그에 부가되는 특별약관의 보험료는 제외합니다.

제6조(다태아출생시 피보험자의 지정 및 변경)

1 태아가 다태아로 출생한 경우에 계약자는 출생아 중 1인을 피보험자로 지정할 수 있습니다. 다만, 피보험자로 지정된 출생아 이외의 출생아에 대해서는 계약자의 선택에 따라 추가 계약 체결을 통해 각각 피보험자로 지정할 수 있습니다.

2 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 1인을 피보험자로 변경할 수 있습니다.

3 계약자가 제2항에 따라 피보험자의 변경을 청구할 때에는 회사에 아래의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 피보험자로 변경될 자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
3. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

4 제2항의 피보험자 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시에 피보험자의 변경이 이루어진 것으로 하며, 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자에 대해서 계약상의 책임을 집니다.

5 제2항에 따라 피보험자가 변경된 경우 회사는 그 변경사항을 보험증권에 기재하여 드립니다.

6 제2항과 관련하여 계약자가 변경전 피보험자를 고의로 사망케 한 경우에는 회사가 피보험자 변경을 승인하지 않으며, 이미 피보험자 변경이 이루어진 경우에도 이를 무효로 합니다.

7 제2항에 따라 피보험자가 변경된 경우에는 변경전 피보험자에 대한 보험금이 지급되지 않습니다.

8 신생아보장 특별약관은 제1항 내지 제7항을 적용하지 않습니다.

제7조(보험나이 등의 계산 및 특례)

1 보통약관Ⅰ의 「보험나이 등」 조항에서 적용하는 피보험자의 보험나이는 출생일에 0세로 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 태아의 출생예정일 이후에도 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 출생예정일에 피보험자의 보험나이를 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 피보험자의 출생일은 출생예정일로 합니다.

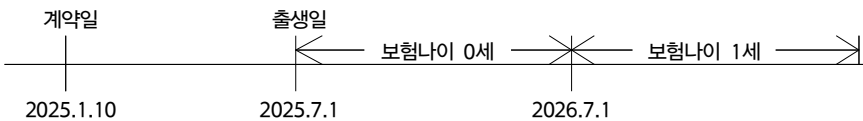
3 이 계약의 계약해당일은 태아보장기간에는 최초계약일, 피보험자의 출생일 이후에는 출생일로 합니다.

[보험나이 및 계약해당일 계산 예시]

· 보험나이 계산

계약일 : 2025년 1월 10일

출생예정일 : 2025년 7월 5일, 출생일 : 2025년 7월 1일



· 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 : 2025년 7월 1일 ⇒ 계약해당일 : 7월 1일

출생일 : 2026년 2월 28일 ⇒ 계약해당일 : 2월 말일

제8조(보험료의 적용에 관한 사항)

1 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한

보장보험료를 적용합니다. 그 보장보험료는 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.

2 출생예정일이 속한 해당월의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용하며, 성별은 제1항 기준의 성별을 적용합니다. 또한 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산합니다.

3 회사는 제2항에 따라 변경되는 보장보험료에 대하여 출생예정일이 도래하기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

4 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 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경된 보험료로 정산합니다.

1. 계약체결시 적용한 피보험자의 성별과 출생시 성별이 다른 경우
2. 출생예정일이 속한 해당월의 출생전 계약응당일이 피보험자의 출생일과 다른 경우

2 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

3 제2항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야 할 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료와 이에 대한 이자(정산보험료를 각 보험료납입일부터 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.

[보험료 정산 예시]

- 출산예정일 : 계약일 + 6개월
- 태아등록(출생일확정)일 : 계약일 + 1년 (총 12회 납입)
- 보험료(월납) : 태아 100원 / 0세 10,000원

구분	예정일 1개월 전 출산하는 경우	예정일 1개월 후 출산하는 경우
납입보험료	60,600원 (= 6회×100원 + 6회×10,000원)	
필요보험료	70,500 (= 5회×100원 + 7회×10,000원)	50,700원 (= 7회×100원 + 5회×10,000원)
정산보험료	9,900원 계약자가 납입 (= 70,500원 - 60,600원)	9,900원 회사가 계약자에게 지급 (= 50,700원 - 60,600원)

* 상기 예시는 이해를 돕기 위한 것으로 정산보험료에 대한 이자가 포함되지 않았습니다.

제10조(계약자의 임의해지)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관Ⅰ의 「해약환급금」 조항 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에는 피보험자의 출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 계약자가 회사에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 보통약관Ⅱ 및 보통약관Ⅱ 부가대상 특별약관 보험료는 돌려 드리지 않습니다.

1. 계약자의 계약 해지시점이 보험계약 체결시 회사에 통지한 출생예정일 이후일 것
2. 계약자의 계약 해지시점이 태아가 출생하기 전일 것

3 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사가 작성한 소견서 등 태아가 출생하기 전임을 입증할 수 있는 서류를 회사에 제출해야 합니다.

제11조(태아의 보장개시)

1 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅰ 부가대상 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

2 제1항에도 불구하고 태아보장용 보통약관Ⅰ 및 태아보장용 특별약관의 경우 계약체결시 보장이 개시되며, 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 미래보장 특별약관의 경우 해당 특별약관에서 정한 바를 따릅

니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관(보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅱ를 말하며, 이하 같습니다)의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
2 이 특별약관에서 "이륜자동차"라 함은 「자동차관리법」(하위법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 아래의 장치를 포함합니다. 다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.
   1. 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 "원동기장치자전거"
   2. 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치
3 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 아래에 해당하는 자동차를 포함합니다.
   1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
   2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
   3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
4 제2항 및 제3항의 경우 「자동차관리법」(하위 법령, 규칙 포함) 및 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
5 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))
회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 회사는 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

3 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관(보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅱ를 말하며, 이하 같습니다)의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

4 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

5 이 특별약관이 부가되는 경우 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 아래의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 【별표152】(특정 신체부위·질병 분류표) “가. 특정 신체부위” 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 【별표152】(특정 신체부위·질병 분류표) “나. 특정질병” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)

2 제1항의 “보험금을 지급하지 않는 기간”(이하 “부담보 기간”이라 합니다)은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1개월부터 5년” 또는 “보통약관의 보험기간”(단, 보통약관이 갱신형 계약인 경우 최초계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지의 기간)으로 합니다. 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 「보험업법」 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 “유사계약”이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(추가 진단(단순건강검진제외) 또는 치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 않을 수 있습니다.

4 제2항에서 부담보 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 지정한 경우 청약일부터 5년(보통약관이 갱신형 계약인 경우 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여

추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드립니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 "보통약관의 보험기간"으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

5 제4항의 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없는 경우는 다음 각호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

6 제4항의 "청약일부터 5년"이라 함은 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따른 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우

8 피보험자가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 부담보기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 부담보기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

9 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 사유가 특정부위에 발생한 질병 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

10 제1항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

1 회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

2 제1항에 의해 이 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제3항 및 제4항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 금융회사(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 금융회사 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 금융회사의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관(보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅱ를 말하며, 이하 같습니다)의 「보험계약의 성립」 조항을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관(보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅱ를 말하며, 이하 같습니다) 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
2 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)
1 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
   1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
   2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
   2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금의 청구)
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
   1. 청구서(회사 양식)
   2. 사고증명서
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
   4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계

증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(보험금의 지급절차)
1 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
1. 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류
2. 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 전자서명 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
2 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관(보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅱ를 말하며, 이하 같습니다)의 「약관교부 및 설명의무 등」 조항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)
1 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수신을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)
1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수신하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수신할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 송부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

8. 계약분리 특별약관(1종)

제1조(특별약관의 적용대상)
이 특별약관은 2인 이상의 피보험자가 가입되어 있는 계약을 제3조(계약분리의 대상사유)에서 정한 사유로 인하여 2개 이상의 계약으로 분리하는 경우 적용합니다.

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. 원계약 : 계약분리의 대상이 되는 계약으로 2인 이상의 피보험자가 가입되어 있는 계약
2. 자계약 : 원계약에서 분리되어져 나가는 피보험자에게 새롭게 형성되는 계약
3. 모계약 : 원계약에서 자계약이 분리된 후 남아있는 계약

제3조(계약분리의 대상사유)
이 특별약관에 의하여 계약분리를 적용할 수 있는 경우는 원계약의 계약자 또는 피보험자에게 다음 중 하나 이상의 사유가 발생한 경우에 한합니다.
1. 이혼
2. 결혼
3. 가족관계등록 또는 주민등록상 세대분가
4. 기타 계약관리상 필요하다고 회사가 인정하는 경우

제4조(계약분리 대상이 되는 보장)
1 이 특별약관에 따라 원계약에서 자계약으로 분리되는 보장(이하 "계약분리대상 보장"이라 합니다)은 보통약관(보통약관Ⅰ 및 보통약관Ⅱ를 말하며, 이하 같습니다) 및 특별약관을 그 대상으로 합니다.
2 제1항에도 불구하고 보통약관Ⅰ의 적립보험료는 계약분리 대상에서 제외합니다.

제5조(계약분리 방법)
1 계약분리는 제3조(계약분리의 대상사유)에서 정한 사유가 발생한 후 계약자의 서면에 의한 신청이 있어야 하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어지며, 아래의 조건을 모두 충족하여야 합니다.
1. 원계약이 정상적으로 계약유지의 상태에 있는 경우이거나, 보험료의 납입연체로 인하여 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않고(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 해지된 날부터 3년 이내인 계약
2. 원계약의 피보험자가 2인 이상일 것
3. 원계약에서 분리되는 자계약의 해당 피보험자에게 보험사고가 발생하지 않았거나, 보험사고 발생 후 보험금 지급이 종결된 상태일 것
4. 원계약에 대하여 가압류, 질권설정 등의 법률적인 이해관계가 존재하지 않을 것
5. 계약분리 후 모계약과 자계약의 계약내용이 회사가 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 내용과 보통약관 및 특별약관에서 정한 내용을 벗어나지 않을 것

2 계약분리는 원계약에서 분리대상 피보험자에게 해당하는 계약분리대상 보장과 그 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 하나 이상의 자계약으로 분리하고, 잔여부분을 모계약에 남김으로써 이루어집니다.
3 회사가 계약분리를 승낙하는 경우 자계약에는 반드시 새로운 계약자를 지정하여야 하며, 회사는 계약자 보관용 계약분리신청서 및 약관과 함께 새로운 보험증권을 발급하여 드립니다. 또한 계약분리에 따른 변경 사항 및 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하여 드립니다.

제6조(계약분리 후의 효력)
1 계약분리 후 모계약과 자계약의 피보험자별 보험기간 및 보장내용은 원계약에서의 가입조건과 동일하게 적용됩니다.
2 계약분리 후 모계약과 자계약의 피보험자에 대하여 "계약 전 알릴의무"와 관련하여 청약서에 기재된 내용은 계약분리 후에도 유효하게 적용됩니다.
3 계약분리 후에는 원계약의 보험료 납입기일을 모계약 및 자계약의 납입기일로 하며, 각각의 계약에 해당하는 보험료를 계속 납입하여야만 각 계약이 계속 유지됩니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9. 계약전환 특별약관(1,2종)

제1조(특별약관의 적용대상)
1 이 특별약관은 보통약관 I 의 보험기간이 20세만기, 30세만기 또는 55세만기로 체결되어 있는 유효한 보험계약(이하 "전환전 계약"이라 합니다)의 계약자가 "전환전 계약"의 보험기간 종료일 이전까지 계약전환을 신청한 경우에 적용됩니다.(이하 계약전환을 통해 체결되는 계약을 "전환 후 계약"이라 합니다)
2 제1항에 따라 "전환전 계약"에서 "전환후 계약"으로 계약전환할 수 있는 전환가능 보장은 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 바에 따릅니다.

제2조(계약전환 안내)
회사는 "전환전 계약"의 보험기간이 종료되기 2개월 이전까지 계약전환에 관한 사항을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제3조("전환후 계약"의 체결)
1 계약전환은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
2 계약전환시 "전환후 계약"의 보장개시일은 "전환전 계약"의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다.
3 "전환후 계약"의 보험기간은 계약전환시점에 100세만기, 90세만기 또는 80세만기 중 계약자가 선택한 기간으로 합니다. 단, 아래 특별약관의 보험기간은 80세만기로 합니다.

대상 특별약관
질병사망, 조혈모세포이식수술비(1회한), 5대장기이식수술비(1회한), 각막이식수술비(1회한), 중증화상및부식진단비

4 제1항에도 불구하고 계약자가 최초계약 체결시점에 계약전환을 신청하고, 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 회사는 계약전환 청약을 거절할 수 없습니다.
1. 계약전환시점의 "전환전 계약"과 동일한 보장(전환이 불가한 보장은 제외)으로 전환하는 경우. 단, 아래의 보장은 보험금 지급사유가 발생하지 않은 계약에 한하여 계약자의 요청이 있는 경우, "전환전 계약" 보험가입금액의 150% 이내로 증액하여 전환할 수 있습니다.

대상 보장
암(4대유사암제외)진단비, 4대유사암진단비, 뇌혈관질환진단비, 허혈성심장질환진단비

2. 계약전환시점의 "전환전 계약"과 비교하여, 일부 보장의 보험가입금액을 감액하여 전환하거나 일부 보장을 전환하지 않는 경우

제4조("전환후 계약"의 보험료 납입)
계약자는 제3조("전환후 계약"의 체결)에 따라 계약이 전환된 경우, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따른 "전환후 계약"의 보험료를 납입하여야 합니다. 이 때 보험기간, 보험료 납입기간 및 납입방법은 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 보험기간, 보험료 납입기간 및 납입방법으로 합니다.

제5조("전환후 계약" 약관의 준용)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 "전환후 계약"의 약관을 따릅니다. 이 때, "전환후 계약"의 약관에서 청약일은 "전환전 계약"의 청약일로 합니다.
2 이 특별약관에서 정한 사항과 "전환후 계약"의 약관에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 특별약관에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

10. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)
이 특별약관은 「보험업감독규정」 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호 및 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하 "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

> **제7-55조(생명보험의 사업방법서)**
> 생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.
> 6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 계약자적립액 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다.
>
> **제7-57조(손해보험의 사업방법서)**
> ① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)
1 법률연계보장이 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
   1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
   2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
   3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약을 유지할 필요가 없어지는 경우
   4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

2 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.

3 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

4 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

5 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약내용 변경 시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

6 회사는 계약체결시 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 아래의 내용을 계약자에게 안내합니다.
   1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
   2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ, 보통약관Ⅱ 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

11. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)
1 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 보통약관Ⅰ 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입

기준에 적합하지 않은 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 이 특별약관의 적용을 받는 보험계약은 "해당계약"이라 합니다)

2 이 특별약관의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

3 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중에 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건(할증보험료법))

1 이 특별약관에 의하여 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.

1. 회사는 계약체결시 표준체보험료에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 "특별약관보험료"를 더하여 해당계약의 납입보험료로 합니다. 이 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.
2. 제1호의 "특별약관보험료"라 함은 할증위험률을 적용해 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다. 해당계약이 갱신되는 경우에는 갱신시점의 표준체 보험요율을 기준으로 "특별약관보험료"도 재산출합니다.

[할증위험률을 적용해 산출한 보험료]
피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하지 않아 일반위험률보다 높은 위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

[표준체보험료]
할증위험률의 가입조건(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)과 동일한 기준에서, 일반위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약체결시 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입)

1 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

2 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관Ⅰ 및 해당 특별약관을 따릅니다.

한화 처음부터 함께하는 어린이보험 무배당2504 별표 및 부록

※ 1,2종은 최초가입하는 계약에 적용하며, 3종은 계약전환 특별약관에 의해 계약전환되는 계약에 적용합니다.

【별표1】 장해분류표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) “한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30㎝이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를

평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50㎝ 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) “평형기능에 장해를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0

항목	내 용	점수
기능장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60㎝ 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준
1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝ 이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2㎝ 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝ 이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) "심한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) "뚜렷한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과

의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) “약간의 운동장해”
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) “심한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) “뚜렷한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) “약간의 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

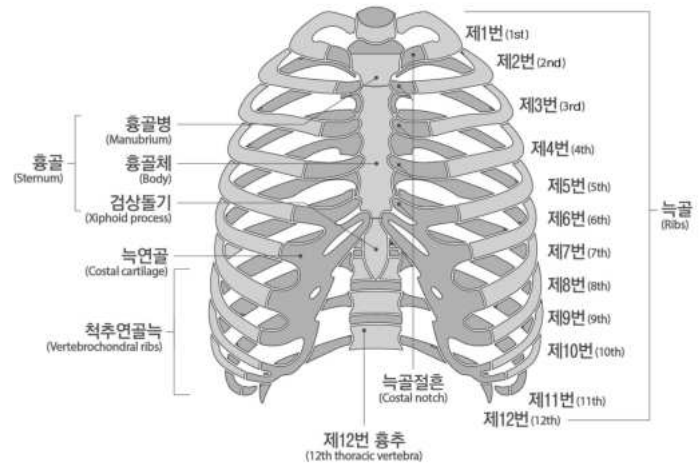
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

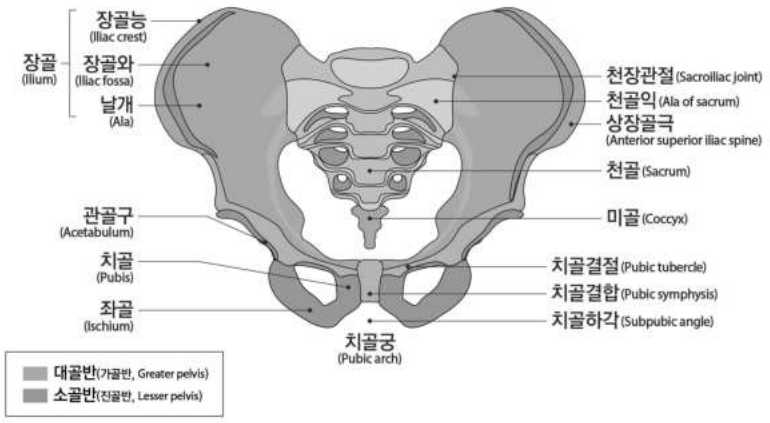
3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급

한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈 가슴뼈 〉



〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

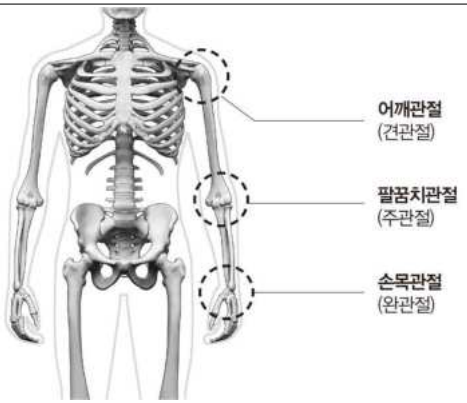
장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우
8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우
9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우

11) “가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



< 팔의 3대 관절 >

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

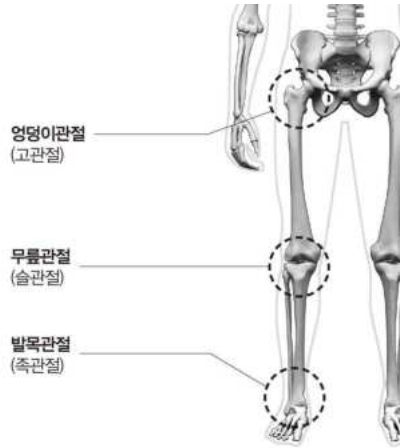
장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) "한 다리의 발목 이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(zero)"인 경우
8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(trace)"인 경우
9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우
10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) "가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 "불유합" 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형

이 15° 이상인 경우를 말한다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



< 다리의 3대 관절 >

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	10 5

나. 장해판정기준
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

〈 손가락-1 〉

〈 손가락-2 〉

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) “리스프랑관절 이상을 잃었을 때”라 함은 족근–중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장해의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

〈 발가락-1 〉

〈 발가락-2 〉

〈 발가락-3 〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해판정기준

1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준"[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목

중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) “정신행동에 경미한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “심한 간질 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 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도	지급률 (%)
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	- 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변· 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20
	- 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태	15
	- 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10
	- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5
	- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5
	- 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3

【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

【1종(기본형)】

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="3">기간</th><th>지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">보험금</td><td colspan="3">지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="3">지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="3">지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="3">지급기일의 91일 이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">태아기간
적립환급금</td><td rowspan="4">지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간</td><td colspan="2">계약의 보험기간 종료일 이전</td><td>공시이율</td></tr>
<tr><td rowspan="3">계약의 보험기간 종료일 이후</td><td rowspan="2">계약의 보험기간 종료일 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우</td><td>1년 이내 :
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간 :
공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td>계약의 보험기간 종료일 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우</td><td>공시이율</td></tr>
<tr><td colspan="3">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="4">만기환급금</td><td rowspan="3">지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간</td><td colspan="2" rowspan="2">지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우</td><td>1년 이내 :
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간 :
공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우</td><td>공시이율</td></tr>
<tr><td colspan="3">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금</td><td colspan="3" rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내 :
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과기간 :
공시이율의 40%</td></tr>
<tr><td colspan="3">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 보통약관Ⅰ 제1절 공통조항 제43조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 및 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 상기 공시이율은 보장성보험 공시이율V로 적용합니다.
주6) 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험계약자 또는 그의 대리인이 해지통지를 송달받은 날로 봅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형)】 및 【3종(계약전환용)】

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 보통약관Ⅰ 제1절 공통조항 제43조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

주3) 가산이율 적용시 보통약관Ⅰ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 및 보통약관Ⅱ 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험계약자 또는 그의 대리인이 해지통지를 송달받은 날로 봅니다.

【별표3】 악성신생물 분류표P

제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표4】 제자리신생물 분류표P

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표P

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표6】 10대고액치료비암 분류표P

약관에 규정하는 10대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
·사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
·기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성 신생물	
·수막의 악성 신생물	C70
·뇌의 악성 신생물	C71
·척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	
·호지킨림프종	C81
·소포성 림프종	C82
·비소포성 림프종	C83
·성숙T/NK-세포림프종	C84
·기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
·T/NK-세포림프종의 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 악성 신생물	C96
·만성 골수증식질환	D47.1
·만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
7. 담낭의 악성 신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
9. 기관의 악성 신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표7】 림프및조혈관련특정암 분류표P

약관에 규정하는 특정17대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
2. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
3. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
4. 진성 적혈구증가증	D45
5. 골수형성이상증후군	D46
6. 만성 골수증식질환	D47.1
7. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
8. 골수섬유증	D47.4
9. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표8】 카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표P

약관에 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종	C83.3
2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C91.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표9】 자녀7대암 분류표P

약관에 규정하는 자녀7대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

구분		대상질병	분류번호
공통	1. 골 및 관절연골	·사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물 ·기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 C41
	2. 뇌 및 중추신경계	·수막의 악성 신생물 ·뇌의 악성 신생물 ·척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70 C71 C72
	3. 림프, 조혈 및 관련 조직	·호지킨림프종 ·소포성 림프종 ·비소포성 림프종 ·성숙T/NK-세포림프종 ·기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종 ·T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 ·림프성 백혈병 ·골수성 백혈병 ·단핵구성 백혈병 ·명시된 세포형의 기타 백혈병 ·상세불명 세포형의 백혈병 ·림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물 ·만성 골수증식질환 ·만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	C81 C82 C83 C84 C85 C86 C91 C92 C93 C94 C95 C96 D47.1 D47.5
	4. 부신	·부신의 악성 신생물	C74
남성	5. 간	·간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	6. 고환	·고환의 악성 신생물	C62
여성	5. 신장	·신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	6. 난소	·난소의 악성 신생물	C56

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표10】 소아백혈병 분류표P

약관에 규정하는 소아백혈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 림프성 백혈병	C91
2. 골수성 백혈병	C92
3. 단핵구성 백혈병	C93
4. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
5. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
6. 만성 골수증식질환	D47.1
7. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표11】 특정양성뇌종양 분류표P

약관에 규정하는 특정양성뇌종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표12】 뇌혈관질환 분류표P

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표13】 주요뇌혈관질환 분류표P

약관에 규정하는 주요뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
7. 파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
8. 파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1
9. 모야모야병	I67.5
10. 두개내정맥계통의 비화농성 혈전증	I67.6
11. 달리 분류되지 않은 대뇌동맥염	I67.7
12. 뇌아밀로이드혈관병증(E85.-†)	I68.0
13. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 대뇌동맥염	I68.1
14. 달리 분류된 기타 질환에서의 대뇌동맥염	I68.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표14】 뇌혈관특정질환 분류표P

약관에 규정하는 뇌혈관특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
2. 기타 뇌혈관질환	I67
3. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
4. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표15】 뇌졸중 분류표P

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표16】 뇌졸중(뇌출혈제외) 분류표P

약관에 규정하는 뇌졸중(뇌출혈제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌경색증	I63
2. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
3. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표17】 뇌출혈 분류표P

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈 2. 뇌내출혈 3. 기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표18】 신생아뇌출혈 분류표P

약관에 규정하는 신생아뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈 2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P10 P52

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표19】 뇌전증 분류표P

약관에 규정하는 뇌전증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌전증 2. 뇌전증지속상태	G40 G41

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표20】 허혈성심장질환 분류표P

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표21】 주요허혈성심장질환 분류표P

약관에 규정하는 주요허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 불안정협심증	I20.0
2. 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
3. 급성 심근경색증	I21
4. 후속심근경색증	I22
5. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
7. 드레슬러증후군	I24.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표22】 급성심근경색증 분류표P

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표23】 심혈관질환 분류표P

약관에 규정하는 심혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
7. 발작성 빈맥	I47
8. 심방세동 및 조동	I48
9. 기타 심장부정맥	I49
10. 심부전	I50
11. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표24】 심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표P

약관에 규정하는 심혈관질환(기타심장부정맥제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
7. 발작성 빈맥	I47
8. 심방세동 및 조동	I48
9. 심부전	I50
10. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표25】 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외) 분류표P

약관에 규정하는 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 심부전	I50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표26】 심혈관특정질환Ⅱ 분류표P

약관에 규정하는 심혈관특정질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표27】 심근병증 분류표P

약관에 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 심근병증	I42
2. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표28】 주요심장염증질환 분류표P

약관에 규정하는 주요심장염증질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심장막염	I30
2. 심장막의 기타질환	I31
3. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
4. 급성 및 아급성 심내막염	I33
5. 상세불명 판막의 심내막염	I38
6. 급성 심근염	I40
7. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표29】 급성심장염 분류표P

약관에 규정하는 급성심장염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심장막염	I30
2. 급성 및 아급성 심내막염	I33
3. 급성 심근염	I40

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표30】 특정심장방실및전도장애 분류표P

약관에 규정하는 특정심장방실및전도장애로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 방실차단 2도	I44.1
2. 완전방실차단	I44.2
3. 기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
4. 이중섬유속차단	I45.2
5. 삼중섬유속차단	I45.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표31】 2대주요기관질병 분류표P

약관에 규정하는 2대주요기관질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호. 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양	·뇌혈관질환 ·수막의 양성 신생물 ·뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 ·뇌하수체의 양성 신생물 ·두개인두관의 양성 신생물 ·송과선의 양성 신생물	I60~I69 D32 D33 D35.2 D35.3 D35.4
2. 심장질환	·급성 류마티스열 ·만성 류마티스심장질환 ·허혈심장질환 ·폐성 심장병 및 폐순환의 질환 ·대동맥동맥류 및 박리 ·심장의 양성 신생물 ·기타 형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I71 D15.1 I30~I52
	– 수막알균성 심장막염(I32.0*) – 수막알균성 심내막염(I39.8*) – 수막알균성 심근염(I41.0*) – 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	– 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표32】 경증순환계질환 분류표P

약관에 규정하는 경증순환계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 급성 류마티스열	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병	I00 I01 I02
2. 만성 류마티스심장질환	·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환	I05 I06 I07 I08 I09
3. 심장염증질환	·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염 ·상세불명 판막의 심내막염 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염	I30 I31 I32* I33 I38 I40 I41*
4. 중증 방실차단	·방실차단 2도 ·완전방실차단 ·기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.1 I44.2 I44.3
5. 부정맥	·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥	I47 I48 I49
6. 특정 동맥혈관 질환	·기타 동맥류 및 박리 ·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I72 I74 I77
7. 문맥혈전증	·문맥혈전증	I81

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표33】 중등증순환계질환 분류표P

약관에 규정하는 중등증순환계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 협심증	·협심증	I20
2. 경증 허혈성심장질환	·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병	I24 I25
3. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
4. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
5. 심부전	·심부전	I50
6. 경증 뇌혈관질환	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증	I64 I65 I66 I67 I68* I69
7. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71
8. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표34】 중증순환계질환 분류표P

약관에 규정하는 중증순환계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 급성심근경색증	·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
2. 인공소생에 성공한 심장정지	·인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
3. 뇌출혈	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈	I60 I61 I62
4. 뇌경색증	·뇌경색증	I63

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표35】 중등증Ⅱ순환계질환 분류표P

약관에 규정하는 중등증Ⅱ순환계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환	I26 I27 I28
2. 심근병증	·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43*
3. 심부전	·심부전	I50
4. 대동맥동맥류 및 박리	·대동맥동맥류 및 박리	I71
5. 식도정맥류	·식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 ·달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2* I98.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표36】 통합상해분류표P

약관에 규정하는 상해사고로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

부위	구분	대상질병	분류번호
머리 및 목	경증 상해	1. 머리의 표재성 손상	S00
		2. 머리의 열린상처	S01
		3. 머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		4. 머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		5. 목의 표재성 손상	S10
		6. 목의 열린상처	S11
		7. 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		8. 목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	중등증 상해	1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
		2. 뇌신경의 손상	S04
		3. 눈 및 안와의 손상	S05
		4. 두개내손상	S06
		5. 목의 골절	S12
		6. 목부위의 혈관의 손상	S15
		7. 목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	중증 상해	1. 머리의 으깸손상	S07
		2. 머리 부분의 외상성 절단	S08
		3. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		4. 목의 으깸손상	S17
		5. 목부위의 외상성 절단	S18
복부 및 등	경증 상해	1. 흉부의 표재성 손상	S20
		2. 흉부의 열린상처	S21
		3. 흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		4. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		5. 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		6. 복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		7. 복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		8. 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		9. 복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	S39
	중등증 상해	1. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		2. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		3. 흉부 혈관의 손상	S25
		4. 요추 및 골반의 골절	S32
		5. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		6. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		7. 복강내기관의 손상	S36
	중증 상해	1. 심장의 손상	S26
		2. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
		3. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
		4. 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38

어깨 및 팔	경증 상해	1. 어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		2. 어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		3. 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		4. 어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
		5. 아래팔의 표재성 손상	S50
		6. 아래팔의 열린상처	S51
		7. 팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		8. 아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59
	중등증 상해	1. 어깨 및 위팔의 골절	S42
		2. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		3. 어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		4. 어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
		5. 아래팔의 골절	S52
		6. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		7. 아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		8. 아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56
	중증 상해	1. 어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
		2. 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
		3. 아래팔의 으깸손상	S57
		4. 아래팔의 외상성 절단	S58
손목 및 손	경증 상해	1. 손목 및 손의 표재성 손상	S60
		2. 손목 및 손의 열린상처	S61
		3. 손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		4. 손목 및 손의 기타 및 상세불명의손상	S69
	중등증 상해	1. 손목 및 손부위의 골절	S62
		2. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
		3. 손목 및 손 부위의 혈관의 손상	S65
		4. 손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의손상	S66
	중증 상해	1. 손목 및 손의 으깸손상	S67
		2. 손목 및 손의 외상성 절단	S68
엉덩이 및 다리	경증 상해	1. 엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		2. 엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		3. 고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		4. 엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
		5. 아래다리의 표재성 손상	S80
		6. 아래다리의 열린상처	S81
		7. 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		8. 아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	중등증 상해	1. 대퇴골의 골절	S72
		2. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
		3. 엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
		4. 엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
		5. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
		6. 아래다리 부위의 신경손상	S84
		7. 아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
		8. 아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
	중증 상해	1. 엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
		2. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
		3. 아래다리의 으깸손상	S87
		4. 아래다리의 외상성 절단	S88

발목 및 발	경증 상해	1. 발목 및 발의 표재성 손상 2. 발목 및 발의 열린상처 3. 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 4. 발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S90 S91 S93 S99
	중등증 상해	1. 발목을 제외한 발의 골절 2. 발목 및 발 부위의 신경의 손상 3. 발목 및 발 부위의 혈관의 손상 4. 발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S92 S94 S95 S96
	중증 상해	1. 발목 및 발의 으깸손상 2. 발목 및 발의 외상성 절단	S97 S98
기타	경증 상해	1. 여러 신체부위를 침범한 표재성 손상 2. 여러 신체부위를 침범한 열린상처 3. 여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 4. 달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상 5. 상세불명의 다발손상 6. 척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상 7. 팔의 상세불명 부위의 기타 손상 8. 다리의 상세불명 부위의 기타 손상 9. 상세불명의 신체부위의 손상 10. 머리 및 목의 화상 및 부식 11. 몸통의 화상 및 부식 12. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식 13. 손목 및 손의 화상 및 부식 14. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식 15. 발목 및 발의 화상 및 부식 16. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 17. 기도의 화상 및 부식 18. 기타 내부기관의 화상 및 부식 19. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식 20. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식 21. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상 22. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식 23. 표재성 동상 24. 조직괴사를 동반한 동상 25. 여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T00 T01 T03 T06 T07 T09 T11 T13 T14 T20 T21 T22 T23 T24 T25 T26 T27 T28 T29 T30 T31 T32 T33 T34 T35
	중등증 상해	1. 여러 신체부위를 침범한 골절 2. 척추의 상세불명 부위의 골절 3. 팔의 상세불명 부위의 골절 4. 다리의 상세불명 부위의 골절	T02 T08 T10 T12
	중증 상해	1. 여러 신체부위를 침범한 으깸손상 2. 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T04 T05

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표37】 골절(치아파절제외) 분류표P

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
20. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표38】 골절 분류표P

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
20. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표39】 5대골절 분류표P

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절, 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72
6. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
7. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
8. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
9. 대퇴골의 출산손상	P13.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표40】 개방성골절 분류표P

약관에 규정하는 개방성골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

분류번호
S02.01, S02.11, S02.21, S02.31, S02.421, S02.431, S02.441, S02.451, S02.461, S02.471, S02.481, S02.491, S02.621, S02.631, S02.641, S02.651, S02.661, S02.671, S02.681, S02.691, S02.721, S02.781, S02.841, S02.881, S02.91
S12.01, S12.11, S12.21, S12.71, S12.81, S12.91
S22.021, S22.031, S22.041, S22.051, S22.061, S22.071, S22.091, S22.11, S22.21, S22.321, S22.331, S22.391, S22.421, S22.461, S22.491, S22.51, S22.81, S22.91
S32.021, S32.031, S32.041, S32.051, S32.061, S32.091, S32.11, S32.21, S32.31, S32.41, S32.51, S32.71, S32.821, S32.831, S32.881, S32.891
S42.021, S42.031, S42.041, S42.051, S42.091, S42.121, S42.131, S42.141, S42.151, S42.161, S42.191, S42.221, S42.231, S42.241, S42.251, S42.281, S42.291, S42.31, S42.421, S42.431, S42.441, S42.451, S42.461, S42.481, S42.491, S42.71, S42.81, S42.91
S52.021, S52.031, S52.081, S52.091, S52.121, S52.131, S52.181, S52.191, S52.21, S52.31, S52.41, S52.521, S52.531, S52.541, S52.581, S52.591, S52.61, S52.71, S52.81, S52.91
S62.01, S62.111, S62.121, S62.171, S62.181, S62.191, S62.221, S62.231, S62.241, S62.251, S62.291, S62.321, S62.331, S62.341, S62.351, S62.391, S62.41, S62.521, S62.531, S62.571, S62.591, S62.621, S62.631, S62.641, S62.671, S62.691, S62.71, S62.81
S72.061, S72.081, S72.091, S72.121, S72.191, S72.21, S72.31, S72.41, S72.71, S72.81, S72.91
S82.01, S82.121, S82.181, S82.221, S82.281, S82.321, S82.381, S82.421, S82.431, S82.441, S82.481, S82.51, S82.61, S82.71, S82.821, S82.831, S82.881, S82.91
S92.01, S92.11, S92.221, S92.231, S92.241, S92.281, S92.291, S92.31, S92.41, S92.51, S92.71, S92.91
T02.01, T02.11, T02.21, T02.31, T02.41, T02.51, T02.61, T02.71, T02.81, T02.91
T08.1
T10.1
T12.1
T14.21

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표41】 성장판부위골절 분류표P

약관에 규정하는 성장판부위골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
2. 요추 및 골반의 골절	S32
3. 어깨 및 위팔의 골절	S42
4. 아래팔의 골절	S52
5. 손목 및 손부위의 골절	S62
6. 대퇴골의 골절	S72
7. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
8. 발목을 제외한 발의 골절	S92
9. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
10. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
11. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
12. 대퇴골의 출산손상	P13.2
13. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
14. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표42】 특정상해성탈구 분류표P

약관에 규정하는 특정상해성탈구로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 턱의 탈구	S03.0
2. 코의 중격연골의 탈구	S03.1
3. 머리의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S03.3
4. 경추의 탈구	S13.1
5. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
6. 목의 다발탈구	S13.3
7. 흉추의 탈구	S23.1
8. 흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
9. 요골머리의 탈구	S53.0
10. 팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
11. 손목의 탈구	S63.0
12. 손가락의 탈구	S63.1
13. 손가락의 다발탈구	S63.2
14. 고관절의 탈구	S73.0
15. 무릎뼈의 탈구	S83.0
16. 무릎의 탈구	S83.1
17. 요추의 탈구	S33.1
18. 천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
19. 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S33.3
20. 어깨관절의 탈구	S43.0
21. 견쇄관절의 탈구	S43.1
22. 흉쇄관절의 탈구	S43.2
23. 견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
24. 발목관절의 탈구	S93.0
25. 발가락의 탈구	S93.1
26. 발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표43】 화상 분류표P

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 상병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표44】 특정상해성뇌손상 분류표P

약관에 규정하는 특정상해성뇌손상로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 상병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 미만성 뇌손상	S06.2
2. 초점성 뇌손상	S06.3
3. 경막외출혈	S06.4
4. 외상성 경막하출혈	S06.5
5. 외상성 거미막하출혈	S06.6
6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
7. 기타 두개내손상	S06.8
8. 상세불명의 두개내손상	S06.9

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표45】 상해성뇌출혈 분류표P

약관에 규정하는 상해성뇌출혈로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 상병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 초점성 뇌손상	S06.3
2. 경막외출혈	S06.4
3. 외상성 경막하출혈	S06.5
4. 외상성 거미막하출혈	S06.6
5. 기타 두개내손상	S06.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표46】 특정상해성뇌출혈 분류표P

약관에 규정하는 특정상해성뇌출혈로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 상병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 경막외출혈	S06.4
2. 외상성 경막하출혈	S06.5
3. 외상성 거미막하출혈	S06.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표47】 특정상해성장기손상 분류표P

약관에 규정하는 특정상해성장기손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 상병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 심장의 손상	S26
2. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
3. 복강내기관의 손상	S36
4. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
5. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표48】 십자인대질환 분류표P

약관에 규정하는 십자인대질환으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 무릎의 내부장애	M23
2. 무릎의 (전)(후)십자인대를 침범한 염좌 및 긴장	S83.5
3. 무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표49】 아나필락시스 분류표P

약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표50】 특정 화상분류표P

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 머리 및 목의 2도 화상 2. 머리 및 목의 3도 화상 3. 머리 및 목의 2도 부식 4. 머리 및 목의 3도 부식 5. 몸통의 3도 화상 6. 몸통의 3도 부식 7. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 3도 화상 8. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 3도 부식 9. 손목 및 손의 3도 화상 10. 손목 및 손의 3도 부식 11. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 화상 12. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 부식 13. 발목 및 발의 3도 화상 14. 발목 및 발의 3도 부식 15. 적어도 한 군데는 3도 화상의 언급이 있는 여러 신체 부위의 화상 16. 적어도 한 군데는 3도 부식의 언급이 있는 여러 신체 부위의 부식 17. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상(신체표면의 10%미만을 포함한 화상 제외)	T20.2 T20.3 T20.6 T20.7 T21.3 T21.7 T22.3 T22.7 T23.3 T23.7 T24.3 T24.7 T25.3 T25.7 T29.3 T29.7 T31(T31.0은 제외)
18. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(신체표면의 10%미만을 포함한 부식 제외)	T32(T32.0은 제외)

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표51】 급여 특정화상처치 분류표

약관에 규정하는 특정화상처치로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하는 경우]	N0011
2. 화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하지 아니 한 경우]	N0012
3. 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우 - 하지의1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위[10%~18%의범위]	N0053
4. 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우 - 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위[19%~36%의범위]	N0054
5. 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우 - 상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는 범위[37~54%]	NA055
6. 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우 - 전신대부분의범위[55%이상]	NA056
7. 화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된 경우)	N0057
8. 화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된 경우) - 섬광 또는 화염동반	NA057
9. 화상처치-전기화상의 경우(기타)	N0058
10. 화상처치-전기화상의 경우(기타) - 섬광 또는 화염동반	NA058

【별표52】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상 보장법 시행령」(이하 "자배법 시행령"이라 합니다) 제3조(책임보험금 등) 제1항 제2호와 관련되며, 부상등급의 세부적용기준은 자배법 시행령 [별표1] "상해의 구분과 책임보험금의 한도금액"에서 정한 사항 중 "2. 영역별 세부지침"을 준용합니다.
단, 자배법 시행령의 개정에 따라 부상등급의 세부적용기준이 변경된 경우에는 사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용하며, 사고발생시점에 자배법 시행령이 변경 또는 폐지되어 아래의 부상등급에 대해 준용할 세부적용기준이 없는 경우, 회사는 변경 또는 폐지 직전의 기준을 적용하여 부상등급을 정합니다.

부상등급	상해 내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해

부상 등급	상해 내용
4급	18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3~5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)

부상 등급	상해 내용
7급	13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

부상 등급	상해 내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예 : 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 “병급”이라 한다)한다.
	나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.
	다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
	라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
	마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부	가. “뇌손상”이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
	나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다.
	다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다.
	라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
	마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
	바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
	사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.
	아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
	자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초

부상 등급		상해 내용
		음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
		나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
		다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
		라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상·하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
		라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
		바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.
		사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다.
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
		더. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이

부상 등급		상해 내용
		란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
		다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
	하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
		나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
		다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
		바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, “골절 탈구”란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. “하지의 3대 관절”이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.
		차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다.
		카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표53】 자동차사고 특수골절 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상 보장법 시행령」(이하 "자배법 시행령"이라 합니다) 제3조(책임보험금 등) 제1항 제2호와 관련됩니다.
단, 자배법 시행령의 개정에 따라 아래 내용이 변경된 경우에는 사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용하며, 사고발생시점에 자배법 시행령이 변경 또는 폐지된 경우, 회사는 변경 또는 폐지 직전의 기준을 적용합니다.

부상 등급	상해 내용
2급	10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
3급	11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해
4급	8. 상완골 경부 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)
5급	7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다)
6급	12. 상완골 대결절 견열 골절 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절
7급	9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절
8급	10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해

【별표54】 폐렴 분류표P

약관에 규정하는 폐렴으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
2. 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
3. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
4. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2 †
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2 †
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0 †
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3 †
7. 상세불명 병원체의 폐렴	J18

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표55】 특정바이러스폐렴 분류표P

약관에 규정하는 특정바이러스폐렴으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 아데노바이러스폐렴	J12.0
2. 호흡기 세포융합바이러스 폐렴	J12.1
3. 파라인플루엔자바이러스 폐렴	J12.2
4. 사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표56】 천식지속상태 분류표P

약관에 규정하는 천식지속상태로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
천식지속상태	J46

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표57】 패혈증 분류표P

약관에 규정하는 패혈증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 연쇄알균 패혈증	A40
2. 기타 패혈증	A41
3. 패혈성 쇼크	R57.2
4. 살모넬라 패혈증	A02.1
5. 패혈증형 페스트	A20.7
6. 탄저병 패혈증	A22.7
7. 에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
8. 리스테리아 패혈증	A32.7
9. 방선균 패혈증	A42.7
10. 파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
11. 칸디다 패혈증	B37.7

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표58】 주요폐질환 분류표P

약관에 규정하는 주요폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 폐기종	J43
2. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
3. 기관지확장증	J47
4. 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
5. 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
6. 흉막판	J92
7. 기흉	J93
8. 기타 흉막의 병태	J94

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표59】 외부요인으로인한폐질환 분류표P

약관에 규정하는 외부요인으로인한폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 탄광부 진폐증	J60
2. 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
3. 실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
4. 기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
5. 상세불명의 진폐증	J64
6. 결핵과 연관된 진폐증	J65
7. 특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
8. 유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
9. 화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
10. 고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
11. 기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표60】 급성신부전 분류표P

약관에 규정하는 급성신부전으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
급성신부전	N17

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표61】 인슐린의존당뇨병 분류표P

약관에 규정하는 인슐린의존 당뇨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 1형 당뇨병		E10
2. 당뇨병 질환 합병증[주4)]	·당뇨병성 단일신경병증 ·당뇨병성 다발신경병증 ·당뇨병성 백내장 ·당뇨병성 망막병증 ·당뇨병성 관절병증 ·당뇨병에서의 사구체장애	G59.0* G63.2* H28.0* H36.0* M14.2* N08.3*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)
주4) 당뇨병 질환 합병증의 경우 1형 당뇨병(E10)을 동반하는 합병증인 경우에 한하여 인슐린의존 당뇨병으로 분류합니다.

【별표62】 뇌하수체기능저하 분류표P

약관에 규정하는 뇌하수체기능저하로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
뇌하수체기능저하	E23.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표63】 특정갑상선기능저하증 분류표P

약관에 규정하는 특정갑상선기능저하증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
2. 기타 갑상선기능저하증	E03
3. 자가면역성 갑상선염	E06.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표64】 뇌성마비 분류표P

약관에 규정하는 뇌성마비로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
뇌성마비	G80

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표65】 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표(선천성뇌질환제외)P

약관에 규정하는 선천이상(선천성뇌질환제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형(선천성 뇌질환(Q00~Q04) 제외)	Q05~Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10~Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20~Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35~Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38~Q45
7. 생식기관의 선천기형	Q50~Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
10. 기타 선천기형	Q80~Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체이상	Q90~Q99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표66】 아토피성피부염 분류표P

약관에 규정하는 아토피성피부염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
아토피성 피부염	L20

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표67】 ADHD(활동성및주의력장애) 분류표P

약관에 규정하는 ADHD(활동성 및 주의력장애)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
활동성 및 주의력 장애	F90.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표68】 결핵 분류표P

약관에 규정하는 결핵으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵	A15
2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵	A16
3. 신경계통의 결핵	A17†
4. 기타 기관의 결핵	A18
- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)	K93.0*
5. 좁쌀결핵	A19
6. 결핵과 연관된 진폐증	J65
7. 다약제내성 결핵	U84.30
8. 광범위약제내성 결핵	U84.31

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표69】 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표P

약관에 규정하는 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 다약제내성 결핵	U84.30
2. 광범위약제내성 결핵	U84.31

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표70】 수족구병 분류표P

약관에 규정하는 수족구병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염	B08.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표71】 수두 분류표P

약관에 규정하는 수두로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.(단, 아래 분류표에서 정한 "기타 선천성 바이러스질환(선천 수두)(P35.8)"은 예외로 합니다)

대상질병	분류번호
1. 수두	B01
2. 기타 선천성 바이러스질환(선천 수두)	P35.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표72】 특정전염병 분류표P

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1~A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장출혈성 대장균감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33~A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막알균수막염(G01*)	A39.0†
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1, A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50~B54

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표73】 기흉 분류표P

약관에 규정하는 기흉으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 기흉 2. 외상성 기흉	J93 S27.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표74】 신생아기흉 분류표P

약관에 규정하는 신생아기흉으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
출생전후기에 기원한 기흉	P25.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표75】 골다공증 분류표P

약관에 규정하는 골다공증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
2. 병적 골절이 없는 골다공증	M81
3. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표76】 연조직염 분류표P

약관에 규정하는 연조직염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
연조직염	L03

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표77】 대상포진 분류표P

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
대상포진	B02

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표78】 대상포진눈병 분류표P

약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표79】 통풍 분류표P

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
통풍	M10

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표80】 크론병 분류표P

약관에 규정하는 크론병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
크론병[국소성 장염]	K50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표81】 특정정신질환 분류표P

약관에 규정하는 특정정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 우울증	F32
2. 재발성 우울장애	F33
3. 공황장애[우발적 발작성 불안]	F41.0
4. 외상후스트레스장애	F43.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표82】 특정언어장애 및 말더듬증 분류표P

약관에 규정하는 특정언어장애 및 말더듬증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1. 표현언어장애	F80.1
2. 수용성 언어장애	F80.2
3. 뇌전증에 동반된 후천성 실어증	F80.3
4. 말하기와 언어의 기타 발달장애/허짧은소리	F80.8
5. 말하기와 언어의 상세불명의 발달장애	F80.9
6. 말더듬(말더듬증)	F98.5

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표83】 돌발성난청 분류표P

약관에 규정하는 돌발성난청으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
돌발성 특발성 청력소실	H91.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표84】 특정자가면역질환 분류표P

약관에 규정하는 특정자가면역질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 중증근무력증	G70.0
2. 길랭-바레증후군	G61.0
3. 보통천포창	L10.0
4. 전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
5. (혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3
6. 결절성 다발동맥염	M30.0
7. 폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
8. 굿파스쳐증후군	M31.0
9. 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1
10. 진행성 전신경화증	M34.0
11. 크레스트증후군	M34.1
12. 폐침범을 동반한 전신경화증†(J99.1*)	M34.8
13. 근병증을 동반한 쉐그렌증후군(G73.7*)	M35.0
14. 혼합결합조직병	M35.1
15. 베체트병	M35.2
16. 류마티스성 다발근통	M35.3
17. 미만성(호산구성) 근막염	M35.4
18. 다초점 섬유경화증	M35.5
19. 재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
20. 자가면역성 간염	K75.4
21. 후천성 수포성 표피박리증	L12.3
22. 에반스증후군	D69.3
23. 낙엽천포창	L10.2
24. 수포성 유사천포창	L12.0
25. 흉터유사천포창	L12.1
26. 항인지질증후군	D68.6
27. 람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1
28. 성인발병 스틸병	M06.1
29. 궤양성 (만성) 범결장염	K51.0
30. 궤양성 (만성) 직장염	K51.2
31. 좌측 결장염	K51.5
32. 기타 궤양성 대장염	K51.8
33. 상세불명의 궤양성 대장염	K51.9
34. 비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0
35. 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1
36. 류마티스혈관염	M05.2
37. 기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3
38. 기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8
39. 상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9
40. 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1
41. 건선척추염(L40.5†)	M07.2
42. 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3
43. 강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0

대상질병	분류번호
44. 강직척추염, 후두환축부	M45.1
45. 강직척추염, 경부	M45.2
46. 강직척추염, 경흉추부	M45.3
47. 강직척추염, 흉추부	M45.4
48. 강직척추염, 흉요추부	M45.5
49. 강직척추염, 요추부	M45.6
50. 강직척추염, 요천부	M45.7
51. 강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표85】 특정천공 분류표P

약관에 규정하는 특정천공으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 천공	K22.3
2. 장의 천공(비외상성)	K63.1
3. 담낭의 천공	K82.2
4. 담관의 천공	K83.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표86】 특정천공동반질병 분류표P

약관에 규정하는 특정천공동반질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
2. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
3. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 위궤양	K25.5
4. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 위궤양	K25.6
5. 천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
6. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
7. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 십이지장궤양	K26.5
8. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 십이지장궤양	K26.6
9. 천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
10. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
11. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.5
12. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.6
13. 천공이 있는 급성 위공장궤양	K28.1
14. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위공장궤양	K28.2
15. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 위공장궤양	K28.5
16. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 위공장궤양	K28.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표87】 특정천공동반게실병 분류표P

약관에 규정하는 특정천공동반게실병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병	K57.0
2. 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병	K57.2
3. 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병	K57.4
4. 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병	K57.8

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표88】 치아파절 및 치아탈구 분류표P

약관에 규정하는 치아파절 및 치아탈구로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

구분	대상상병	분류번호
1. 치아파절	치아의 파절	S02.5
2. 치아탈구	치아의 탈구	S03.2

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표89】 특정2대경증질병 분류표P

약관에 규정하는 특정2대경증질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 티눈 및 굳은살	티눈 및 굳은살	L84
2. 특정 눈 및 귀 질환	결막염	H10
	맥립종 및 콩다래끼	H00
	외이염	H60
	귀통증 및 귀의 삼출액	H92
	바이러스결막염	B30

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표90】 특정4대질병Ⅱ 분류표P

약관에 규정하는 특정4대질병Ⅱ로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 티눈 및 굳은살	티눈 및 굳은살	L84
2. 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)	결막염	H10
	맥립종 및 콩다래끼	H00
	결막의 기타 장애	H11
	외이염	H60
	귀통증 및 귀의 삼출액	H92
	바이러스결막염	B30
3. 백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
4. 대장용종	결장의 폴립	K63.5
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표91】 특정5대질병 분류표P

약관에 규정하는 특정5대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1*제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 폴립 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95

대상질병		분류번호
	·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 폴립 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)

주1) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 "특정5대질병"으로 보지 않습니다.
① "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)"
② "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)"
③ "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)"

주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표92】 특정9대질병 분류표P

약관에 규정하는 특정9대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1*제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 폴립 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94

대상질병		분류번호
	·폐경 및 기타 폐경전후 장애 ·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N95 N99
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 폴립 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)
6. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코폴립 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
7. 유방의 장애 및 양성 신생물	·유방의 양성 신생물 ·유방의 장애	D24 N60~N64
8. 피부종양	·양성 지방종성 신생물 ·피부의 기타 양성 신생물	D17 D23
9. 갑상선 질환 및 양성 신생물	·갑상선의 장애 ·갑상선의 양성 신생물	E00~E07 D34

주1) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 “특정9대질병”으로 보지 않습니다.
① “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”
② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표93】 특정10대질병 분류표P

약관에 규정하는 특정10대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00~M03 (M01.1*제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05~M14 (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51*
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.08† B26.0†
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 폴립 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95

대상질병		분류번호
	·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 폴립 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)
. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코폴립 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
7. 유방의 장애 및 양성 신생물	·유방의 양성 신생물 ·유방의 장애	D24 N60~N64
8. 피부종양	·양성 지방종성 신생물 ·피부의 기타 양성 신생물	D17 D23
9. 갑상선 질환 및 양성 신생물	·갑상선의 장애 ·갑상선의 양성 신생물	E00~E07 D34
10. 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)	·결막염 ·맥립종 및 콩다래끼 ·외이염 ·귀통증 및 귀의 삼출액 ·바이러스결막염 ·결막의 기타 장애	H10 H00 H60 H92 B30 H11

주1) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 “특정10대질병”으로 보지 않습니다.
① “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”
② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표94】 1-5종수술 분류표

Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류(종)
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) 단, 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술 제외	3
	3-1. 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술	1
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant)등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	 1 3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	 1 2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5

구분	수술명	수술종류(종)
	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
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외]	1
비뇨기계 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
비뇨기계 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	47. 방광류 교정수술	1
	48. 요실금수술(급여)	1
	49. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	50. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3

구분	수술명	수술종류 (종)
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	52. 음낭관혈수술	1
	53. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	54. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	56. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	57. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	58. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	59. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	60. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	61. 신경(神經) 관혈수술	2
	62. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	63. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	64. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1
	65. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	66. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	67. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	68. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	69. 각막, 공막 이식수술	2
	70. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	71. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	72. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	73. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	74. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술(시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외)	1
	75. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	76. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	77. 안와내종양절제수술	3
	78. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	79. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	80. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	81. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	82. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	83. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1
	84. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	86. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	87. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	88. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	1
	89. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터	

구분	수술명	수술종류 (종)
	(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 89-1. 뇌, 심장 89-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 89-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	3 2 1

주1) 상기 1~88항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술은 89항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~88항)의 수술로 적용합니다.

주2) 상기 44항(치루(痔漏), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술), 48항(요실금수술(급여)), 55항(제왕절개만출술(帝王切開娩出術)) 수술은 질병1-5종수술비ⅢQ 보장에만 적용되며, 상해1-5종수술비ⅢQ 보장은 보상하지 않습니다. 또한 48항(요실금수술(급여))은 피보험자가 남성인 경우 보상하지 않습니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(1-5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 「의료법」 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 ‘1-5종수술 분류표’에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. ‘수술’은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 ‘수술’에서 제외합니다.

2. ‘관혈(觀血)’ 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’ 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. ‘1-5종수술 분류표’ 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준:
   ‘1-5종수술 분류표’에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) ‘1-5종수술 분류표’ 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 ‘1-5종수술 분류표’ 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 ‘1-5종수술 분류표’ 중 ‘Ⅰ. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술’ 89항(악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 요실금수술(급여) 대상 수가코드
   1) 1-5종수술 분류표에서 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 진단확정된 “요실금”을 원인으로 행해진 것으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “요실금수술(급여) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
1. 요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
2. 요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
3. 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]
「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

   2) 1)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “요실금수술(급여) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 특정 요실금 수술 인정기준”을 따릅니다.
   3) 1) 및 2)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “요실금수술(급여) 인정기준” 외에 “요실금수술(급여) 인정기준”에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 새로 포함되는 치료는 “질강을 통한 수술” 및 “개복에 의한 수술”에 한합니다.
   4) 1)의 “요실금”이라 함은 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 스트레스요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

【별표95】 1-8종수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상제	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
외)	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
무관)	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
방사선하 수술			
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술(심도자술 사용)	198. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막 수술(심도자술 미사용)	201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동	F111	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	반, 단일혈관)		
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절 절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절 절제 미동반)	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술(림프절 절제 동반)	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술(림프절 절제 미동반)	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	288. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	291. 장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	292. 장루 수술	G180	3

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	294. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	295. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	316. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	317. 주요 치루 수술	G291	1
	318. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장 질루 수술	G311	1
	321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	330. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술	G531	1
	332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭	H101	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	조루술 동반)		
	355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	390. 인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	430. 기타 슬관절 수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	433. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	434. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	437. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
염증성 질환 수술	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	499. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
주요 갑상선 악성 종양 수술	500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타 갑상선 수술	K080	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	505. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	506. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	507. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	510. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	511. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	512. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	513. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	514. 전립선 신생물 수술	L026	4
	515. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관 수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	522. 경피적 방광 수술	L052	2
	523. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	525. 주요 요도 수술	L071	1
	526. 요도경하 요도 수술	L072	1
	527. 기타 요도 수술	L073	1
	528. 복잡 요실금 수술	L074	1
	529. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	532. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	533. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	534. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
요로 질환 수술	539. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요 전립선 적출술	M021	4
	551. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡 음경 수술	M041	1
	554. 단순 음경 수술	M042	1
	555. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	556. 포경 수술	M050	1
요도 수술	557. 주요 요도 수술	M061	1
	558. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡 음낭 수술	M071	1
	560. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	562. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	563. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	565. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	566. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술(악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	587. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	625. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	627. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타 손상의 수술	X060	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
중증 화상(피부 이식 동반)	629. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

1. 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

[예시]
「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

2. 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술시술코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술

수술시술코드	수술 및 시술명
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)

수술시술코드	수술 및 시술명
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

3. 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"
   - Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ "Error DRG"라 함은 "주진단 범주(MDC)"와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]
거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ "960 DRG"라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 "수술시술코드"는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표96】 1-8종수술 및 시술 분류표Q

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법 (ECMO),개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술및기타개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
우회로조성술			
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구수술(종양수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체소절개수술(유리체절제술유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체대절개수술(유리체절제술유무와 무관)	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강,인후두수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
구순열 및 구개열 수술	180. 구순열 및 구개열 수술	D180	1
기타이비인후,구강 질환수술	181. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	182. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	184. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	185. 기타 폐 수술	E014	7
	186. 종격동 수술	E015	7
	187. 주요 흉곽 수술	E016	7
	188. 기타 흉곽 수술	E017	3
	189. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	190. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	191. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	192. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	193. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	194. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	195. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	196. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	197. 자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011	5
	198. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막수술(심도자술사용)	199. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	200. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	201. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막수술(심도자술미사용)	202. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	203. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	204. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	208. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	209. 심장 중격결손증 수술	F051	8
	210. 기타 복잡 심장 기형 교정술	F052	8
	211. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	212. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요혈관복구수술(인공심장폐장치사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요혈관복구수술(인공심장폐장치미사용)	216. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	217. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	218. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	219. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	220. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	221. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	222. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	223. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	224. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	225. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	226. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	227. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성심근경색증의경피적관상동맥수술(	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
심각한합병증동반)	229. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
선천성 심장병 협착질환의 경피적 수술	230. 선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)	F171	4
	231. 경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172	8
	232. 순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173	4
급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반)	233. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	234. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	235. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일 혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	236. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일 혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	237. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발 혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	238. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발 혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의경피적수술(3차원지도화기능포함)	239. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	240. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	241. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의경피적수술(3차원지도화기능미포함)	242. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	243. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	244. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	245. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	246. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	247. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	248. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	249. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	250. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	251. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	252. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	253. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내심박조율기설치술(급성심근경색증, 심부전,쇼크의경우)	254. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	255. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	256. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	257. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환장애절단술(수족부제외)	258. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	259. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	260. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	261. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	262. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	263. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	264. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	265. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	266. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절 절제동반)	267. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	268. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절 절제미동반)	269. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	270. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	271. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	272. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	273. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	274. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	275. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	276. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	277. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	278. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	279. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	280. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	281. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	282. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	283. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	284. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	285. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	286. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	287. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	288. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술(림프절 절제동반)	289. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	290. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술(림프절 절제미동반)	291. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	292. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	293. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	294. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	295. 선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161	7
	296. 주요 직장항문 기형 수술	G162	7
	297. 기타 직장항문 기형 수술	G163	3
소장 및 장간막 수술	298. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	299. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	300. 장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	301. 장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	302. 횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장수술,서혜및대퇴부제외	303. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	304. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	305. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제	G203	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	미동반)		
	306. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	307. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	308. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	309. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	310. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	311. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	312. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	313. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	314. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜및대퇴부탈장수술(장절제동반)	315. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반)	316. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	317. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에의한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반)	318. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	319. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	320. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	321. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	322. 주요 치핵 수술	G271	1
	323. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	324. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	325. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	326. 주요 치루 수술	G291	1
	327. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	328. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	329. 직장 질루 수술	G311	1
	330. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
화농성한선염 수술	331. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	332. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	333. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	334. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	335. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	336. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	337. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	338. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	339. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	340. 구불결장경 시술	G531	1
	341. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기내시경시술, 화학요법을동반한경우,재원기간2일이상	342. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	343. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	344. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	345. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	346. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	347. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	348. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	349. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	350. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	351. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	352. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	353. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	354. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	355. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	356. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
담도절제술(림프절 절제동반)	357. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	358. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도절제술(림프절 절제미동반)	359. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	360. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	361. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	362. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	363. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	364. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	365. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	366. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	367. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	368. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	369. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	370. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	371. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	372. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	373. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	374. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	375. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	376. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	377. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	378. 경피적 담관경 시술	H145	3
	379. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	380. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	381. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	382. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	383. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	384. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	385. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	386. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	387. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	388. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	389. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	390. 고관절 전재치환술	I021	4
	391. 고관절 전치환술	I022	4
	392. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	393. 슬관절 전재치환술	I031	3
	394. 슬관절 전치환술	I032	3
	395. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	396. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	397. 기타 관절 전치환술	I042	2
	398. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	399. 인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	400. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	401. 척수내 종양절제술	I061	6
	402. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	403. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	404. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	405. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	406. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	407. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	408. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	409. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	410. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	411. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	412. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	413. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	414. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	415. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	416. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	417. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	418. 주요 절단술	I111	7
	419. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	420. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	421. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	422. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	423. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	424. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	425. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	426. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	427. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	428. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골,경골및비골 수술	429. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	430. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	431. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	432. 회전근개 수술	I181	1
	433. 관절와순 수술	I182	1
	434. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	435. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	436. 십자인대 수술	I191	1
	437. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	438. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	439. 기타 슬관절 수술	I194	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
주관절 및 전완부 수술	440. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	441. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	442. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	443. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	444. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	445. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	446. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	447. 미세혈관 조직이식	I261	3
	448. 기타 피판술	I262	2
	449. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	450. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	451. 주요 연조직 수술	I272	1
	452. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	453. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	454. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	455. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	456. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	457. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	458. 전완부 골절 수술	I286	2
	459. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	460. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	461. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	462. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	463. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	464. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	465. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	466. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	467. 복잡 척추고정술	I311	4
	468. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	469. 복잡 사지골절정복술	I321	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	470. 복잡 관절고정술	I322	2
	471. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	472. 복잡 가관절수술	I324	2
	473. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	474. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	475. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	476. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부,피하조직및유방질환에대한미세혈관조직이식	477. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술,피부이식술 및변연절제술(피부궤양,봉소염의경우)	478. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	479. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술,피부이식술 및변연절제술(피부궤양,봉소염제외)	480. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	481. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타피부,피하조직 수술	482. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	483. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	484. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	485. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	486. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	487. 근치 유방절제술	J061	7
	488. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	489. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	490. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	491. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	492. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	493. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	494. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	495. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	496. 교감신경절제술	J110	2
내분비,영양및대사 장애절단술	497. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	498. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	499. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	500. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	501. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	502. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	503. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비,영양및대사 장애피부이식및상처 변연절제술	504. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	505. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	506. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	507. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	508. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	509. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	510. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	511. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	512. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	513. 기타 갑상선 수술	K080	1
기타내분비,영양및 대사장애수술	514. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	515. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	516. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	517. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	518. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	519. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	520. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	521. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	522. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	523. 전립선 신생물 수술	L026	4
	524. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신장 및 신우 수술	525. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	526. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	527. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	528. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	529. 요관 수술	L040	2
방광 수술	530. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	531. 경피적 방광 수술	L052	2
	532. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	533. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	534. 주요 요도 수술	L071	1
	535. 요도경하 요도 수술	L072	1
	536. 기타 요도 수술	L073	1
	537. 복잡 요실금 수술	L074	1
	538. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	539. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	540. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	541. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	542. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	543. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	544. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	545. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	546. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	547. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	548. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	549. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
	550. 선천성 요로 질환 수술	L113	7
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	551. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	552. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	553. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	554. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	555. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	556. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	557. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	558. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	559. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	560. 주요 전립선 적출술	M021	4
	561. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	562. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	563. 복잡 음경 수술	M041	1
	564. 단순 음경 수술	M042	1
	565. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	566. 포경 수술	M050	1
요도 수술	567. 주요 요도 수술	M061	1
	568. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	569. 복잡 음낭 수술	M071	1
	570. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	571. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	572. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	573. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	574. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	575. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	576. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	577. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	578. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	579. 방광요도경 시술	M500	1
자궁수술(악성종양 의경우)	580. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	581. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
주요자궁절제술(악성종양제외)	582. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	583. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순자궁수술(악성종양제외)	584. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	585. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소및부속기수술(악성종양의경우)	586. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	587. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소수술(악성종양제외)	588. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	589. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기수술(악성종양제외)	590. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	591. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부,질및외음부수술(악성종양의 경우)	592. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	593. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부,질및외음부수술(악성종양제외)	594. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양제외)	N081	1
	595. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	596. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	597. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	598. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	599. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	600. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	601. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	602. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	603. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	604. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	605. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계	606. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
경피적 혈관 수술			
제왕절개분만(단태아)	607. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	608. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	609. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	610. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	611. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	612. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	613. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	614. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	615. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	616. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	617. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만및유산후관련장애(수술시행)	618. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	619. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	620. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	621. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	622. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종및백혈병(주요수술시행)	623. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타신생물질환(주요수술시행)	624. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	625. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	626. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	627. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타	628. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
수술			
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	629. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	630. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	631. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	632. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	633. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	634. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	635. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	636. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	637. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	638. 기타 손상의 수술	X060	1
중증화상(피부이식 동반)	639. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도화상(피부이식혹은흡입손상을동반)	640. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 "수술시술코드"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

1. 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60" ~ "99"에 해당하는 경우

[예시]
「ADRG」가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

2. 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술시술코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시

수술시술코드	수술 및 시술명
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)

수술시술코드	수술 및 시술명
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

3. 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”
- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

[예시]
거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 “수술시술코드”는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표97】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위				코드
1. 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획				
	기본 체외조사 치료계획	·제1회		HD101
		·제2회부터[1회당]		HD102
	전산화단층촬영 방사선 치료계획	기본 체외조사 치료계획	·제1회	HD103
			·제2회부터[1회당]	HD104
		운동조사법	·제1회	HD016
			·제2회부터	HD416
		수술 중 방사선치료계획		HD017
		입체조형 치료계획	·제1회	HD018
			·제2회부터	HD418
		정위적 방사선수술 계획	·제1회	HD019
			·제2회부터	HD419
		양성자 치료계획	·1~2문 제1회	HD105
			·3문 이상 제1회	HD106
			·제2회부터[1회당]	HD420
		세기변조 방사선치료계획	·제1회	HD041
			·제2회부터	HD441
2. 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료				
	·외부접촉조사치료			HD021
	·강내치료, 관내치료		·기본 치료계획	HD024
			·전산화단층촬영 치료계획	HD025
	·조직내치료			HD023
3. 전신조사 및 전신피부전자선 조사에 대한 모의치료 및 치료계획				
	·전신			HD421
	·전림프절			HD422
	·전신피부전자선조사 치료계획			HD423
4. 치료 보조기구 고안 및 제작				
	·차폐물			HD031
	·보상체			HD032
	·고정기구			HD033
5. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[계획]				HD040
6. 안 종양 근접 방사선치료계획				HD060
7. 체내(체표면)선량측정				HX401
8. 조사면검교정				
	필름 검교정			HY402
	전기적 영상 검교정	·2차원		HY404
		·3차원		HY405
9. 체외조사				
	2.5 Gy 미만			HD451

진료행위				코드
				HD452
	2.5 Gy이상~5.0 Gy미만			HD453
	5.0 Gy이상			HD454
10. 회전조사				
	·저에너지 방사선치료			HD057
	·중에너지 방사선치료			HD058
	·고에너지 방사선치료			HD059
11. 입체조형치료				
	2.5 Gy 미만			HD461
	2.5 Gy 미만(만 18세 미만)			HD462
	2.5 Gy이상~5.0 Gy미만			HD463
	5.0 Gy이상			HD464
12. 개봉선원치료				
	·경구투여방법			HD071
	·정맥주사방법			HD072
	·기타방법[복막천자, 흉강천자, 관절천자 등]			HD073
13. 체내섭취평가				
	·전신스캔방법			HD074
	·단일광자전산화단층촬영방법			HD075
	·양전자방출단층촬영방법			HD076
14. 밀봉소선원치료				
	·외부 근접(접촉)조사치료			HD080
	강내치료	고선량률 분할치료	·1치료기간당	HD081
			·치료중단시	HD082
		저선량률 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD083
			·익일부터	HD084
	조직내치료, 관내치료	고선량률 분할치료	·1치료기간당	HD085
			·치료중단시	HD086
		저선량률 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD087
			·익일부터	HD088
	·방사성입자의 자입치료			HD089
15. 전신조사				
	·전신			HD094
	·전림프절			HD095
16. 전신피부전자선조사				HD096
17. 정위적 방사선 분할치료				HD110
18. 체부 정위적 방사선수술				
	·선형가속기 이용			HD111
	·선형가속기 이용[1회로 치료종결]			HD112
	·사이버나이프 이용			HD211
	·사이버나이프 이용[1회로 치료종결]			HD212
19. 뇌 정위적 방사선수술				
	·감마나이프 이용			HD113

진료행위		코드
	·사이버나이프 이용	HD114
	·선형가속기 이용	HD115
20. 양성자 치료[1회당]		
	·1~2문치료	HD122
	·3문 이상 치료,5.0 Gy 미만	HD123
	·3문 이상 치료,5.0 Gy 이상	HD124
20. 세기변조 방사선치료[1회당]		
	2.5 Gy 미만	HD141
	2.5 Gy 미만(만18세 미만)	HD142
	2.5 Gy 이상 ~ 5.0 Gy 만	HD143
	5.0 Gy 이상	HD144
21. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[치료]		HD150
22. 안 종양 근접 방사선치료		HD160
23. 수술 중 방사선치료		
	·전자선 이용	HD170
	·저에너지 X선 이용 Low Energy X-ray	HD171

【별표98】 급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

약효분류	분류번호
1. 부신호르몬제	245
2. 난포 및 황체호르몬제	247
3. 기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
4. 비타민B제(비타민B1을 제외)	313
5. 기타의 혈액 및 체액용약	339
6. 해독제	392
7. 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
8. 항악성종양제	421
9. 기타의 종양치료제	429
10. 방사성 의약품	431
11. 주로 악성종양에 작용하는 것	617
12. 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표99】 여성 특정유방질환 분류표P

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타 장애	N64

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표100】 급여 관상동맥성형술 분류표

약관에 규정하는 급여 관상동맥성형술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	코드
경피적 관상동맥확장술	단일혈관	M6551
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 [일차적중재술 등]	M6553
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554
	추가혈관	M6552
경피적 관상동맥스텐트삽입술	단일혈관	M6561
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6563
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6567
	추가혈관	M6562
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6564
경피적 관상동맥죽상반절제술	단일혈관	M6571
	추가혈관	M6572

【별표101】 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표

약관에 규정하는 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
부정맥의 고주파절제술	부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 – 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 – 중격천자	M6545
	심방세동 – 하대정맥–삼첨판륜 협부에 대한선형절제술	M0654
	심실성 부정맥	M6543
	삼차원(3–D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6546
	상심실성 부정맥 – 중격천자	M6549
	심방세동	M6547
	심방세동 – 중격천자	M6540
	심실성 부정맥	M6548
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 – 중격천자	M6556
부정맥의 냉각절제술	부정맥의 냉각절제술	
	상심실성 부정맥	M0657
	상심실성 부정맥 – 중격천자	M0653
	심방세동	M0658
	심방세동 – 중격천자	M0655
	심방세동 – 하대정맥–삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0659
	심방세동 – 냉각풍선절제술	M0651
	심방세동 - 냉각풍선절제술 – 중격천자	M0652
	심실성 부정맥	M0661
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 – 중격천자	M0656

【별표102】 급여 갑상선절제술 분류표

약관에 규정하는 급여 갑상선절제술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 편측 갑상선엽 전절제술	P4551
2. 양측 갑상선엽 전절제술	P4552
3. 편측 갑상선엽 아전절제술	P4553
4. 양측 갑상선엽 아전절제술	P4554

【별표103】 급여 눈(안와)특정검사 분류표

관에 규정하는 급여 눈(안와)특정검사로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 정밀안저검사 [편측]	E6660
2. 안저촬영 [편측]-기본 안저촬영	E6670
3. 안저촬영 [편측]-광각 안저촬영	E6674
4. 안저촬영 [편측]-자가형광안저촬영	E6675*
5. 시신경유두입체검사 [편측]	E6671
6. 전안부촬영 [편측]	E6672
7. 시신경섬유층사진 [편측]	E6673
8. 형광안저혈관조영술 [편측]-기본 형광안저혈관조영술	E6681
9. 형광안저혈관조영술 [편측]-광각 형광안저혈관조영술	E6682*
10. 망막전위도검사-표준	E6685
11. 망막전위도검사-패턴	E6686
12. 안구전위도검사	E6687
13. 광간섭단층 혈관영상[편측]	E6683*
14. 인도시아닌 안저 혈관조영술 [편측]	EZ795
15. 형광 전안부 혈관조영술 [편측]	EX792
16. 시야검사 [편측]-정밀시야검사	E6690
17. 시야검사 [편측]-자동시야검사	E6691
18. 엠식 변형시 검사	E6695*
19. 굴절및조절검사 [안경처방전 교부 포함]	E6710
20. 조절마비굴절검사	E6720
21. 부하조절마비굴절검사	E6730
22. 녹내장부하시험	E6740
23. 안압측정-정밀측정	E6751
24. 안압측정-일일반복안압측정	E6755
25. 안압측정-기타	E6752
26. 광각검사 [암순응검사]	E6760
27. 색각검사 [색각이상검사표에 의한 것은 제외]	E6770
28. 안근기능검사 및 폭주검사-정밀검사 [눈모음검사 포함]	E6781
29. 안근기능검사 및 폭주검사-기타- 랑카스터검사	E6782
30. 안근기능검사 및 폭주검사-기타- 마독스검사	E6783
31. 안근기능검사 및 폭주검사-기타- 프리즘가림검사	E6784
32. 망막중심혈관압측정-간단한 것	E6791
33. 망막중심혈관압측정-복잡한 것	E6792
34. 양안시기능정밀검사-일반검사	E6801
35. 양안시기능정밀검사-특수검사	E6802
36. 세극등현미경검사	E6810
37. 전방우각검사	E6820
38. 눈물분비 및 배출기능검사-눈물분비기능검사	E6831
39. 눈물분비 및 배출기능검사-눈물배출기능검사	E6832

진료행위	코드
40. 전기저항기법에 기반한 눈물의 삼투압 측정 [편측]	E6836*
41. 각막지각검사	E6840
42. 안구돌출측정	E6850
43. 안구벽경성측정	E6860
44. 각막곡율측정	E6870
45. 전산화각막형태검사	EZ791
46. 토노그라피 [방수유출율측정]	E6880
47. 각막내피세포검사	E6899
48. 눈의 계측검사[편측]-초음파 이용	E7800
49. 눈의 계측검사[편측]-레이저 간섭계 이용	E7801
50. 초음파각막두께측정검사[편측]	E7810
51. 초음파각막두께측정검사[편측]-약물을 이용한 경우	E7951
52. 초음파각막두께측정검사[편측]-중성필터를 이용한 경우	E7952
53. 빛산란 시광학 특성 분석검사[편측]	E7980*
54. 안구광학단층촬영 [편측]	EZ796
55. 시신경유두 및 섬유층 분석[편측]	EZ794
56. 각막생체염색하 세극등현미경검사-로즈뱅갈	EY791
57. 각막생체염색하 세극등현미경검사-훌루오레신	EY792
58. 각막생체염색하 세극등현미경검사-기타	EY799
59. 저시력검사	EX793
60. 안검하수검사-약물검사	EX794
61. 안검하수검사-얼음검사	E0791*
62. 다초점망막기능지형도검사	EX798

【별표104】 급여 눈(안와)관련특정처치및수술 분류표

약관에 규정하는 급여 눈(안와)관련특정처치및수술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 안구내용제거술	S4880
2. 안구내이물제거술-자석이용	S4891
3. 안구내이물제거술-기타의 것	S4892
4. 안와내 이물제거술	S4895
5. 안구적출술	S4900
6. 안구충전물 삽입술 [2차적]	S4911
7. 각막궤양수술-소작	S4921
8. 각막궤양수술-절개	S4922
9. 각막궤양수술-결막판피복	S4923
10. 각막궤양수술-냉동술	S4924
11. 결막이물제거술	S4930
12. 결막봉합술	S4941
13. 결막종양절제술	S4950
14. 결막결석제거술	S4960
15. 각막이물제거술-단순 [Filament 제거 포함]	S4971
16. 각막이물제거술-복잡 [심층, 녹제거를 하는 경우]	S4972
17. 안구표면의 양막이식술-일시적	S4981
18. 안구표면의 양막이식술-영구적	S4982
19. 공막이물제거술	S4990
20. 공막봉합술	S5000
21. 공막이식술-공막편이식	S5011
22. 공막이식술-광범위 공막이식	S5012
23. 홍채유착해리술	S5021
24. 광학적 홍채절제술	S5030
25. 홍채, 모양체봉합술	S5035
26. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-스텐트삽입술-결막 하	S5038
27. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-스텐트삽입술-슈렘관	S5039
28. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-비관통여과술	S5040
29. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-홍채절제술	S5041
30. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-여과수술	S5042
31. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-섬유주절제술	S5043
32. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-홍채, 모양체응고술	S5044
33. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-모양체냉동술	S5045
34. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-현미경하 섬유주대 절개술	S5047
35. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-현미경하 슈렘관 개방술	S5048
36. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-녹내장임플란트삽입술	S5049
38. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-섬유주절제술-주사침 여과포복원술	S5053
39. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-레이저를 이용한 섬유주성형술	S5054
40. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-녹내장 방수 유출관 삽입술	SZ670

진료행위	코드
41. 유리체흡인술	S5050
42. 현미경하 유리체 이단술	S5060
43. 유리체내주입술	S5070
44. 유리체 견인대 해리술[레이저 이용]-안구 전반부	S5071
45. 유리체 견인대 해리술[레이저 이용]-안구 후반부	S5072
46. 전방천자	S5080
47. 전방세척	S5091
48. 경동공 온열치료	S5100
49. 경동공 온열치료-동시에 양안을 시술	S5101
50. 백내장 및 수정체 수술-모양체평면부수정체절제술	S5110
51. 백내장 및 수정체 수술-수정체 낭외 또는 낭내 적출술	S5111
52. 백내장 및 수정체 수술-후발성백내장수술	S5112
53. 인공 수정체 삽입 또는 교환술-삽입술-이차	S5116
54. 인공 수정체 삽입 또는 교환술-삽입술-일차 [백내장수술과 동시 실시시]	S5117
55. 인공 수정체 삽입 또는 교환술-교환술	S5118
56. 백내장 및 수정체 수술-수정체유화술	S5119
57. 유리체절제술-전절제	S5121
58. 유리체절제술-부분절제	S5122
59. 망막박리수술	S5130
60. 망막열공냉동응고술	S5140
61. 망막주위막제거술	S5145
62. 시신경초 개방술	S5150
63. 안저 광응고술 [1/4범위]	S5160
64. 안구내삽관레이저 광응고술	S5161
65. 광역학요법을 이용한 망막하막 제거술	S5162
66. 광역학요법을 이용한 망막하막 제거술-동시양안시술	S5163
67. 황반부종레이저수술	S5164
68. 사시수술-단순-단일안근	S5173
69. 사시수술-단순-복수안근	S5174
70. 사시수술-복잡-단일안근	S5175
71. 사시수술-복잡-복수안근	S5176
72. 안구진탕증수술	S5178
73. 안와감압술-3Wall Decompression	S5182
74. 안와감압술-2Wall Decompression-관혈적	S5183
75. 안와감압술-2Wall Decompression-내시경하	S5184
76. 내시경하 시신경 감압술	S5185
77. 안와농양 절개술-관혈적	S5191
78. 안와농양 절개술-내시경하-안와	S5192
79. 안와농양 절개술-내시경하-안와주위	S5193
80. 안와내용제거술	S5200
81. 안와골절정복술-관혈적-Blow-Out 골절	S5211
82. 안와골절정복술-관혈적-기타골절	S5212
83. 안와골절정복술-비관혈적	S5213
84. 안구적출 및 조직충전술	S5220

진료행위	코드
85. 안와종양제거술-단순	S5231
86. 안와종양제거술-복잡 [크렌라인 수술]	S5232
87. 안검농양절개술	S5240
88. 안검종양절제술-양성	S5245
89. 안검종양절제술-악성	S5246
90. 산립종절개술 [적출포함]	S5250
91. 안검 또는 검판절제술	S5260
92. 안검외반증수술-간단 [피부에 한하는 것]	S5271
93. 안검외반증수술-광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정]	S5272
94. 안검내반증수술-간단 [피부에 한하는 것]	S5281
95. 안검내반증수술-광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정]	S5282
96. 안검하수증수술-근막수술	S5291
97. 안검하수증수술-근절제술	S5292
98. 안검하수증수술-기타수술	S5293
99. 외안각절개술	S5300
100. 결막낭재건술 [의안삽입을 위한 것]	S5310
101. 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]-부분	S5321
102. 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]-전체	S5322
103. 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]-피부 및 결막성형 등 복잡한 것	S5323
104. 안구유착박리술	S5324
105. 익상편 수술-판이식 등 복합수술	S5341
106. 익상편 수술-기타의 것	S5342
107. 검열반수술	S5345
108. 결막성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]	S5346
109. 각막절제술	S5350
110. 내안각 성형술	S5360
112. 각막이식-표층	S5371
113. 각막이식-전층	S5372
114. 각막윤부세포이식술 [채취료 포함]	S5373
115. 각막이식-내피층판	S5374
116. 각막봉합술	S5380
117. 각막봉합술-조직접착제사용	S5381
118. 현미경하 각막봉합사제거술	S5390
119. 맥립종절개술	S5400
120. 안검후퇴교정술	S5411
121. 안검봉합술-단순	S5421
122. 안검봉합술-전층	S5422
123. 첩모발거술 [다수]	S5430
124. 첩모전기분해술 [모근파괴]	S5440
125. 검판봉합술	S5450
126. 누선절제술	S5460
127. 누낭세척술	S5465
128. 누관절개술	S5470

진료행위	코드
129. 누소관성형술 [누관내삽관 포함]	S5480
130. 누낭절개술	S5490
131. 레이저 누낭 및 비루관 절개술	S5495
132. 누낭절제술	S5500
133. 비루관부지법	S5510
134. 누점폐쇄술	S5511
135. 누관튜브법	S5520
136. 내시경하 누관스텐트 삽입술	S5525
137. 선천성비루관폐색개방술	S5530
138. 누낭비강문합술	S5540
139. 결막누낭비강문합술	S5541
140. 각막 전부기질천자술[편측]	S5542

【별표105】 급여 눈(안와)관련특정수술 분류표

약관에 규정하는 급여 눈(안와)관련특정수술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 안구내용제거술	S4880
2. 안구내이물제거술-자석이용	S4891
3. 안구내이물제거술-기타의 것	S4892
4. 안와내 이물제거술	S4895
5. 안구적출술	S4900
6. 안구충전물 삽입술 [2차적]	S4911
7. 각막궤양수술-결막판피복	S4923
8. 결막종양절제술	S4950
9. 공막봉합술	S5000
10. 공막이식술-공막편이식	S5011
11. 공막이식술-광범위 공막이식	S5012
12. 홍채유착해리술	S5021
13. 광학적 홍채절제술	S5030
14. 홍채, 모양체봉합술	S5035
15. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-스텐트삽입술-결막 하	S5038
16. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-스텐트삽입술-슈렘관	S5039
17. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-비관통여과술	S5040
18. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-홍채절제술	S5041
19. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-여과수술	S5042
20. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-섬유주절제술	S5043
21. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-홍채, 모양체응고술	S5044
22. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-현미경하 섬유주대 절개술	S5047
23. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-현미경하 슈렘관 개방술	S5048
24. 녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-녹내장임플란트삽입술	S5049
25. 현미경하 유리체 이단술	S5060
26. 유리체 견인대 해리술[레이저 이용]-안구 전반부	S5071
27. 유리체 견인대 해리술[레이저 이용]-안구 후반부	S5072
28. 백내장 및 수정체 수술-모양체평면부수정체절제술	S5110
29. 백내장 및 수정체 수술-수정체 낭외 또는 낭내 적출술	S5111
30. 백내장 및 수정체 수술-후발성백내장수술	S5112
31. 인공 수정체 삽입 또는 교환술-삽입술-이차	S5116
32. 인공 수정체 삽입 또는 교환술-삽입술-일차 [백내장수술과 동시 실시시]	S5117
33. 인공 수정체 삽입 또는 교환술-교환술	S5118
34. 백내장 및 수정체 수술-수정체유화술	S5119
35. 유리체절제술-전절제	S5121
36. 유리체절제술-부분절제	S5122
37. 망막박리수술	S5130
38. 망막주위막제거술	S5145
39. 시신경초 개방술	S5150

진료행위	코드
40. 안저 광응고술 [1/4범위]	S5160
41. 안구내삽관레이저 광응고술	S5161
42. 광역학요법을 이용한 망막하막 제거술	S5162
43. 광역학요법을 이용한 망막하막 제거술-동시양안시술	S5163
44. 황반부종레이저수술	S5164
45. 사시수술-단순-단일안근	S5173
46. 사시수술-단순-복수안근	S5174
47. 사시수술-복잡-단일안근	S5175
48. 사시수술-복잡-복수안근	S5176
49. 안구진탕증수술	S5178
50. 안와감압술-3Wall Decompression	S5182
51. 안와감압술-2Wall Decompression-관혈적	S5183
52. 안와감압술-2Wall Decompression-내시경하	S5184
53. 내시경하 시신경 감압술	S5185
54. 안와내용제거술	S5200
55. 안와골절정복술-관혈적-Blow-out 골절	S5211
56. 안와골절정복술-관혈적-기타골절	S5212
57. 안구적출 및 조직충전술	S5220
58. 안와종양제거술-단순	S5231
59. 안와종양제거술-복잡 [크렌라인 수술]	S5232
60. 안검종양절제술-양성	S5245
61. 안검종양절제술-악성	S5246
62. 안검 또는 검판절제술	S5260
63. 안검외반증수술-간단 [피부에 한하는 것]	S5271
64. 안검외반증수술-광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정]	S5272
65. 안검내반증수술-간단 [피부에 한하는 것]	S5281
66. 안검내반증수술-광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정]	S5282
67. 안검하수증수술-근막수술	S5291
68. 안검하수증수술-근절제술	S5292
69. 안검하수증수술-기타수술	S5293
70. 결막낭재건술 [의안삽입을 위한 것]	S5310
71. 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]-부분	S5321
72. 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]-전체	S5322
73. 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]-피부 및 결막성형 등 복잡한 것	S5323
74. 안구유착박리술	S5324
75. 익상편 수술-판이식 등 복합수술	S5341
76. 익상편 수술-기타의 것	S5342
77. 검열반수술	S5345
78. 결막성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]	S5346
79. 각막절제술	S5350
80. 각막이식-표층	S5371
81. 각막이식-전층	S5372
82. 각막윤부세포이식술 [채취료 포함]	S5373

진료행위	코드
83. 각막이식-내피층판	S5374
84. 각막봉합술	S5380
85. 각막봉합술-조직접착제사용	S5381
86. 안검후퇴교정술	S5411
87. 누선절제술	S5460
88. 누소관성형술 [누관내삽관 포함]	S5480
89. 누낭절제술	S5500
90. 누관튜브법	S5520
91. 내시경하 누관스텐트 삽입술	S5525
92. 누낭비강문합술	S5540
93. 결막누낭비강문합술	S5541

【별표106】 116대질병 분류표P

약관에 규정하는 116대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

1) 특정10대질병 분류표

구분	대상질병	분류번호
1. 심장질환	·급성 류마티스열	I00~I02
	·만성 류마티스심장질환	I05~I09
	·허혈심장질환	I20~I25
	·폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	·기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5 †
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6 †
2. 고혈압질환	·본태성(원발성) 고혈압	I10
	·고혈압성 심장병	I11
	·고혈압성 신장병	I12
	·고혈압성 심장 및 신장병	I13
	·이차성 고혈압	I15
	·고혈압성 뇌병증	I67.4
3. 뇌혈관질환	·뇌혈관질환	I60~I69
4. 신부전	·신부전	N17~N19
5. 패혈증	·연쇄알균패혈증	A40
	·기타 패혈증	A41
6. 크로이츠펠트-야콥병	·크로이츠펠트-야콥병	A81.0
7. 파킨슨병	·파킨슨병	G20
	·이차성 파킨슨증	G21
8. 뇌전증	·뇌전증	G40
	·뇌전증지속상태	G41
9. 대동맥류	·대동맥동맥류 및 박리	I71
10. 중추신경계통의 탈수초질환	·다발경화증	G35
	·기타 급성 파종성 탈수초	G36
	·중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37

2) 특정13대질병A 분류표

구분	대상질병	분류번호

구분	대상질병	분류번호
1. 결핵	·결핵	A15~A19
	·결핵의 후유증	B90
	– 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
	– 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
	– 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
	– 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
	– 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
	– 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
	– 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
	– 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3–†)	K93.0*
2. 당뇨병질환	·1형 당뇨병	E10
	·2형 당뇨병	E11
	·영양실조–관련 당뇨병	E12
	·기타 명시된 당뇨병	E13
	·상세불명의 당뇨병	E14
	– 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
	– 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	– 당뇨병성 백내장	H28.0*
	– 당뇨병성 망막병증	H36.0*
	– 당뇨병성 관절병증	M14.2*
	– 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*
3. 수막염	·달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	·달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01*
	– 리스테리아 수막염 및 수막뇌염	A32.1†
	– 수막알균수막염(G01*)	A39.0†
	·달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02*
	– 엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0†
	– 아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1†
	– 헤르페스바이러스수막염(G02.0*)	B00.3†
	– 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1†
	– 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1†
	– 신경학적 합병증을 동반한 풍진	B06.0†
	– 수두수막염(G02.0*)	B01.0†
	– 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1†
	– 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5†
	– 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)	B38.4†
	·기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03

구분	대상질병	분류번호
4. 뇌 및 척수의 염증성질환	·뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	·달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05*
	– 아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6 †
	– 엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0 †
	– 아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1 †
	– 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4 †
	– 수두뇌염(G05.1*)	B01.1 †
	– 대상포진뇌염(G05.1*)	B02.0 †
	– 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0 †
	– 볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2 †
	·두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	·달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07*
	·두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	·중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
5. 폐렴	·달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	·폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	·인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	·달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	·달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	·달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	– 수두폐렴(J17.1*)	B01.2 †
	– 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2 †
	– 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0 †
	– 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3 †
	·상세불명 병원체의 폐렴	J18
	·재향군인병	A48.1
6. 만성하부 호흡기 질환	·급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	·단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	·상세불명의 만성 기관지염	J42
	·천식	J45
	·천식지속상태	J46
7. 간질환	·바이러스간염	B15~B19
	·간의 질환	K70~K77
	– 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1 †
	– 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1 †
8. 위·십이지장궤양	·위궤양	K25
	·십이지장궤양	K26
	·상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
9. 위공장궤양	·위공장궤양	K28
10. 급성췌장염	·급성 췌장염	K85

구분	대상질병	분류번호
11. 췌장질환	·췌장의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 – 거대세포바이러스췌장염(K87.1*) – 볼거리췌장염(K87.1*)	K86 K87* B25.2 † B26.3 †
12. 비장질환	·비장의 질환	D73
13. 중증근무력증	·중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70

3) 특정13대질병B 분류표

구분	대상질병	분류번호
1. 폐질환	·폐 및 종격의 농양 ·농흉 ·달리 분류되지 않은 흉막삼출액 ·달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액 ·흉막판 ·기흉 ·기타 흉막의 병태	J85 J86 J90 J91* J92 J93 J94
2. 간·담관·췌장의 양성 신생물	·간의 양성 신생물 ·간외담관의 양성 신생물 ·췌장의 양성 신생물 ·내분비췌장의 양성 신생물	D13.4 D13.5 D13.6 D13.7
3. 수막의 양성 신생물	·수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	·뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 부갑상선기능질환	·부갑상선기능저하증 ·부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21
6. 뇌하수체기능질환	·뇌하수체의 기능항진 ·뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
7. 뇌성마비	·뇌성마비	G80
8. 자율신경계통의 장애	·자율신경계통의 장애	G90
9. 수두증	·수두증	G91
10. 버거씨병	·폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
11. 기관지·폐의 특정질환	·폐기종 ·기타 만성 폐쇄성 폐질환 ·기관지확장증	J43 J44 J47
12. 폐부종	·폐부종	J81
13. 특정호흡기 질환	·달리 분류되지 않은 폐호산구증가 ·기타 간질성 폐질환	J82 J84

4) 30대경증질병 분류표

구분	대상질병	분류번호
1. 특정 소화기 양성 신생물	·식도의 양성 신생물 ·위의 양성 신생물 ·십이지장의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명 부분 소장의 양성 신생물 ·부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13.0 D13.1 D13.2 D13.3 D13.9
2. 기타 흉곽내기관의 양성 신생물	·기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
3. 골 및 관절연골의 양성 신생물	·골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
4. 조직의 양성 신생물	·중피조직의 양성 신생물 ·후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 ·결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
5. 눈 및 부속기의 양성 신생물	·눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
6. 갑상선의 양성신생물	·갑상선의 양성 신생물	D34
7. 기타 내분비선의 양성 신생물	·기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
8. 안면신경장애	·삼차신경의 장애 ·안면신경장애 ·기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
9. 단일신경병증	·팔의 단일신경병증 (손목터널증후군 제외) ·다리의 단일신경병증 ·기타 단일신경병증 ·달리 분류된 질환에서의 기타 단일신경병증	G56 (G56.0제외) G57 G58 G59.8*
10. 마비	·편마비 ·하반신마비 및 사지마비 ·기타 마비증후군	G81 G82 G83
11. 동맥 및 세동맥의 질환	·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I74 I77
12. 특정부위의 탈장	·대퇴탈장 ·배꼽탈장 ·복벽탈장 ·횡격막탈장 ·기타 복부탈장 ·상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
13. 비감염성장염 및 결장염	·크론병[국소성 장염] ·궤양성 대장염 ·기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
14. 특정장질환	·장의 혈관장애 ·탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 ·장의 게실병	K55 K56 K57
15. 복막의 질환	·복막염 ·복막의 기타 장애 ·달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애 (결핵성 복막염(A18.30†) 제외)	K65 K66 K67* (K67.3*제외)

구분	대상질병	분류번호
16. 통풍	·통풍	M10
17. 골수염	·골수염	M86
18. 골괴사증	·골괴사	M87
19. 뼈의 파젯병	·뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
20. 기타 비대성 골관절병증	·기타 비대성 골관절병증	M89.4
21. 사구체질환	·사구체질환 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00~N08 (N08.3*제외)
22. 신세뇨관-간질질환	·신세뇨관-간질질환	N10~N16
23. 신장 및 요관의 기타 장애	·신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
24. 방광의 기타 질환	·방광염 ·달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 ·방광의 기타 장애	N30 N31 N32
25. 하부호흡계통 및 흉곽의 양성 종양	·기관의 양성 신생물 ·기관지 및 폐의 양성 신생물 ·상세불명의 호흡계통의 양성 신생물	D14.2 D14.3 D14.4
26. 여성생식기의 양성 신생물	·자궁의 평활근종 ·자궁의 기타 양성 신생물 ·난소의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
27. 남성생식기의 양성 신생물	·남성생식기관의 양성 신생물	D29
28. 비뇨기관의 양성 신생물	·비뇨기관의 양성 신생물	D30
29. 동맥경화증	·죽상경화증	I70
30. 갑상선 질환	·갑상선의 장애	E00~E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0†)	H06.2*
	·처치후 갑상선기능저하증	E89.0

5) 50대경증질병 분류표

구분	대상질병	분류번호
1. 유방의 양성 신생물	·유방의 양성 신생물	D24
2. 상부호흡계통의 양성종양	·중이, 비강 및 부비동의 양성 신생물	D14.0
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	·공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	B30.0†
4. 시신경 및 시각경로의 장애	·시신경염 ·시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애	H46 H47 H48*
5. 맥락막 및 망막의 장애	·맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (당뇨병성 망막병증 제외)	H30~H36 (H35.3제외) (H36.0*제외)
6. 유리체의 장애	·유리체의 장애	H43

구분	대상질병	분류번호
7. 외이의 질환	·외이염 ·외이의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H60 H61 H62*
8. 중이염	·비화농성 중이염 ·화농성 및 상세불명의 중이염 ·달리 분류된 질환에서의 중이염	H65 H66 H67*
9. 중이 및 유돌의 질환	·귀인두관염 및 귀인두관 폐색 ·귀인두관의 기타 장애 ·유돌염 및 관련 병태 ·중이의 진주종 ·고막의 천공 ·고막의 기타 장애 ·중이 및 유돌의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H68 H69 H70 H71 H72 H73 H74 H75*
10. 귀경화증	·귀경화증	H80
11. 내이의 질환(귀경화증 제외)	·전정기능의 장애 ·달리 분류된 질환에서의 현기증후군 ·내이의 기타 질환	H81 H82* H83
12. 귀의 기타 장애	·귀의 기타 장애	H90~H95
13. 림프절염	·비특이성 림프절염 ·림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
14. 급성 상기도감염	·급성 상기도감염	J00~J06
15. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코폴립 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
16. 축농증	·만성 부비동염	J32
17. 편도염	·편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
18. 인후부위의 특정질환	·편도주위농양 ·만성 후두염 및 후두기관염 ·상기도의 기타 질환	J36 J37 J39
19. 성대결절	·달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 ·후두의 양성 신생물	J38 D14.1
20. 식도 질환	·식도염 ·위-식도역류병 ·식도의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23*
21. 위·십이지장 질환	·위염 및 십이지장염 ·기능성 소화불량	K29 K30
22. 사타구니 탈장	·사타구니탈장	K40
23. 기타 소화기 질환	·위 및 십이지장의 기타 질환 ·장의 기타 질환 ·장흡수장애 ·소화계통의 기타 질환	K31 K63 K90 K92

구분	대상질병	분류번호
	·달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애 (장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)제외)	K93* (K93.0*제외)
24. 담석증	·담석증	K80
25. 담낭 및 담도의 질환	·담낭염 ·담낭의 기타 질환 ·담도의 기타 질환	K81 K82 K83
26. 관절염 및 다발관절병증	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외) ·염증성 다발관절병증 (통풍 제외) (당뇨병성 관절병증 제외)	M00~M03 (M01.1*제외) M05~M14 (M10제외) (M14.2*제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
27. 관절증	·관절증	M15~M19
28. 사지후천변형	·손가락 및 발가락의 후천변형 ·사지의 기타 후천변형	M20 M21
29. 관절장애	·무릎뼈의 장애 ·무릎의 내부장애 ·기타 특정 관절장애 ·달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M22 M23 M24 M25
30. 척추변형(변형성 등병증)	·척주후만증 및 척주전만증 ·척주측만증 ·척추골연골증 ·기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
31. 척추병증	·강직척추염 ·기타 염증성 척추병증 ·척추증 ·기타 척추병증	M45 M46 M47 M48
	- 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†) - 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박(M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)	G55.2* G55.3*
32. 추간판장애	·경추간판장애 ·기타 추간판장애	M50 M51
33. 특정 누적외상성질환	·결합조직의 기타 전신침범 ·사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애 ·기타 윤활낭병증 ·섬유모세포장애 (발바닥근막성 섬유종증 제외) ·달리 분류된 질환에서의 연조직장애 ·발을 제외한 다리의 골부착부병증 ·기타 골부착부병증 ·달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	M35 M70 M71 M72 (M72.2제외) M73* M76 M77 M79
34. 어깨병변	·어깨병변 (어깨의 유착성 관절낭염 제외)	M75 (M75.0제외)

구분	대상질병	분류번호
35. 근육장애	·근육 장애	M60~M63
36. 윤활막 및 힘줄장애	·윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
37. 기타 등병증	·달리 분류되지 않은 기타 등병증 ·등통증	M53 M54
38. 골다공증	·병적 골절을 동반한 골다공증 ·병적 골절이 없는 골다공증 ·달리 분류된 질환에서의 골다공증 ·골연속성의 장애	M80 M81 M82* M84
39. 연골병증	·고관절 및 골반의 연소성 골연골증 ·기타 연소성 골연골증 ·기타 골연골병증 ·연골의 기타 장애	M91 M92 M93 M94
40. 신장 및 요관의 결석	·신장 및 요관의 결석	N20
41. 방광의 결석	·방광의 결석	N21.0
42. 요도결석증	·요도결석 ·기타 하부요로결석 ·상세불명의 하부요로결석	N21.1 N21.8 N21.9
43. 비뇨기의 기타질환	·상세불명의 신장 급통증 ·달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염(A18.11†) 제외) ·달리 분류된 질환에서의 요도장애 ·비뇨계통의 기타 장애	N23 N33* (N33.0*제외) N37* N39
44. 전립선 질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애	N40 N41 N42
45. 남성 생식기관의 질환	·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애 - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*)	N43 N44 N45 N49 N50 N51* A59.08† B26.0†
46. 유방의 장애	·유방의 장애	N60~N64
47. 난소 및 난관의 질환	·난관염 및 난소염 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N70 N83
48. 여성골반내 기관의 염증성 질환	·자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 ·자궁경부의 염증성 질환 ·기타 여성골반염증질환 ·달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외) ·바르톨린선의 질환 ·질 및 외음부의 기타 염증	N71 N72 N73 N74* (N74.0*제외) (N74.1*제외) N75 N76

구분	대상질병	분류번호
	·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77*
49. 여성생식관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	·자궁내막증	N80
	·여성생식기탈출	N81
	·여성생식관을 침범한 누공	N82
	·여성생식관의 폴립	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, 소량 및 희발 월경	N91
	·과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	·기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	·폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
50. 비뇨생식계통의 기타 장애	·달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」 참고)

주5) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화)으로 진단받은 경우, 의사 소견서상 고혈압성 망막병증으로 확인된 경우에 한하여 “특정10대질병” 중 “고혈압질환”으로 봅니다.

【별표107】 7대생활질병및치핵 분류표P

약관에 규정하는 7대생활질병및치핵으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

1) 7대생활질병 분류표
- 4대생활질병

대상질병	분류번호
1. 하지의 정맥류	I83
2. 발바닥근막성 섬유종증	M72.2
3. 어깨의 유착성 관절낭염	M75.0
4. 손목터널증후군	G56.0

- 수면무호흡증 등 3대질병

대상질병		분류번호
안검하수	안검하수	H02.4
수면무호흡증	수면무호흡증	G47.3
전신결합조직 장애	전신홍반루푸스	M32
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34

2) 치핵 분류표

대상질병	분류번호
치핵 및 항문주위정맥혈전증 - 포함 : 치질 - 제외 : 합병증(출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4))	K64

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표108】 7대기관질병 분류표P

약관에 규정하는 7대기관질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 간관련 질병	·바이러스간염	B15~B19
	·간의 질환	K70~K77
	– 거대세포바이러스간염(K77.0*) – 톡소포자충간염(K77.0*)	B25.1 † B58.1 †
2. 심장관련 질병	·급성 류마티스열 ·만성 류마티스심장질환 ·허혈심장질환 ·폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28
	·기타 형태의 심장병	I30~I52
	– 수막알균성 심장막염(I32.0*) – 수막알균성 심내막염(I39.8*) – 수막알균성 심근염(I41.0*) – 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5 †
	– 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6 †
3. 신부전	·신부전	N17~N19
4. 특정장질환	·장의 혈관장애 ·탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 ·장의 게실병	K55 K56 K57
5. 뇌혈관질환	·뇌혈관질환	I60~I69
6. 폐질환	·폐기종 ·기타 만성 폐쇄성 폐질환 ·기관지확장증 ·하기도의 화농성 및 괴사성 병태 ·흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94
7. 담낭, 담도 및 췌장질환	·담낭염 ·담낭의 기타 질환 ·담도의 기타 질환 ·급성 췌장염 ·췌장의 기타 질환	K81 K82 K83 K85 K86
	·달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87*
	– 거대세포바이러스췌장염(K87.1*) – 볼거리췌장염(K87.1*)	B25.2 † B26.3 †

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표109】 호흡기질환 분류표P

약관에 규정하는 호흡기질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00~J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염	J41, J42
5. 천식, 천식지속상태	J45, J46
6. 폐렴	J12~J18
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
7. 재향군인병	A48.1

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표110】 피부질환 분류표P

약관에 규정하는 피부질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 피부 및 피하조직의 감염	L00~L08
2. 수포성 장애	L10~L14
3. 피부염 및 습진	L20~L30
4. 구진비늘장애	L40~L45
- 원위지골간 건선관절병증(L40.5†)	M07.0*
- 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1*
- 건선척추염(L40.5†)	M07.2*
- 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3*
- 건선에서의 연소성 관절염(L40.5†)	M09.0*
5. 두드러기 및 홍반	L50~L54
6. 피부 및 피하조직의 방사선-관련 장애	L55~L59
7. 피부부속물의 장애	L60~L75
8. 피부 및 피하조직의 기타 장애	L80~L99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표111】 충수염(맹장염) 분류표P

약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
충수의 질환	K35~K38

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표112】 시청각질환 분류표P

약관에 규정하는 시청각질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 눈꺼풀, 눈물계통 및 안와의 장애	H00~H06
2. 결막의 장애	H10~H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
4. 수정체의 장애	H25~H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
6. 녹내장	H40~H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43~H45
8. 시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
9. 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49~H52
10. 시각장애 및 실명	H53~H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55~H59
12. 외이의 질환	H60~H62
13. 중이 및 유돌의 질환	H65~H75
14. 내이의 질환	H80~H83
15. 귀의 기타 장애	H90~H95

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표113】 희귀난치성질환 분류표P

약관에 규정하는 희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.(단, 아래 분류표에서 정한 "신생아의 호흡곤란(P22)"는 예외로 합니다)

대상질병	분류번호
1. 결핵	A15~A19
- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)	K93.0*
2. 중추신경계통의 비정형바이러스감염	A81
3. 사람면역결핍바이러스병	B20~B24
4. 거대세포바이러스병	B25
5. 크립토콕쿠스증	B45
6. 림프절외 NK/T-세포림프종, 비강형태	C86.0
7. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
8. 포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
9. 해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
10. 지중해빈혈	D56
11. 용혈-요독증후군	D59.3
12. 발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
13. 후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]	D60
14. 기타 무형성빈혈	D61
15. 선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
16. 유전성 제8인자결핍	D66
17. 유전성 제9인자결핍	D67
18. 폰빌레브란트병	D68.0
19. 유전성 제11인자결핍	D68.1
20. 기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
21. 정성적 혈소판결손	D69.1
22. 특발성 혈소판감소성 자반	D69.3
23. 상세불명의 혈소판감소증	D69.6
24. 무과립구증	D70
25. 다형핵호중구의 기능장애	D71
26. 림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
27. 항체결손이 현저한 면역결핍	D80
28. 복합면역결핍	D81
29. 기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
30. 공통 가변성 면역결핍	D83

대상질병	분류번호
31. 기타 면역결핍	D84
32. 사르코이드증	D86
33. 말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
34. 고프로락틴혈증	E22.1
35. 뇌하수체기능저하	E23.0
36. 쿠싱증후군	E24
37. 부신생식기장애	E25
38. 원발성 부신피질부전	E27.1
39. 애디슨발증	E27.2
40. 기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
41. 기타 명시된 내분비장애	E34.8
42. 활동성 구루병	E55.0
43. 방향족아미노산대사장애	E70
44. 측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
45. 아미노산대사의 기타 장애	E72
46. 젖당불내성	E73
47. 탄수화물대사의 기타 장애	E74
48. 스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
49. 글리코사미노글라이칸대사장애	E76
50. 당단백질대사장애	E77
51. 레쉬-니한증후군	E79.1
52. 기타 포르피린증	E80.2
53. 구리대사장애	E83.0
54. 인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
55. 낭성 섬유증	E84
56. 아밀로이드증	E85
57. 헌팅톤병	G10
58. 유전성 운동실조	G11
59. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
60. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
61. 파킨슨병	G20
62. 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
63. 리이병	G31.81
64. 다발경화증	G35
65. 기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
66. 뇌전증지속상태	G41
67. 발작수면 및 허탈발작	G47.4
68. 멜커슨증후군	G51.2
69. 유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
70. 염증성 다발신경병증	G61
71. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0*
72. 중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
73. 근육의 원발성 장애	G71
74. 복합부위통증증후군 I형	G90.5

대상질병	분류번호
75. 복합부위통증증후군 II형	G90.6
76. 자율신경계통의 기타 장애	G90.8
77. 척수공동증 및 연수공동증	G95.0
78. 연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
79. 색소성 망막디스트로피	H35.51
80. 감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
81. 원발성 폐동맥고혈압	I27.0
82. 확장성 심근병증	I42.0
83. 폐색성 비대성 심근병증	I42.1
84. 기타 비대성 심근병증	I42.2
85. 심내막심근(호산구성)병	I42.3
86. 심내막탄력섬유증	I42.4
87. 기타 제한성 심근병증	I42.5
88. 모야모야병	I67.5
89. 폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
90. 유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
91. 버드-키아리증후군	I82.0
92. 폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
93. 섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.1
94. 크론병[국소성 장염]	K50
95. 궤양성 대장염	K51
96. 원발성 담즙성 경변증	K74.3
97. 자가면역성 간염	K75.4
98. 보통천포창	L10.0
99. 낙엽천포창	L10.2
100. 수포성 유사천포창	L12.0
101. 흉터유사천포창	L12.1
102. 후천성 수포성 표피박리증	L12.3
103. 혈청검사양성 류마티스관절염	M05
¦ - 류마티스폐질환(M05.1†)	J99.0*
104. 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1*
105. 건선척추염(L40.5†)	M07.2*
106. 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3*
107. 연소성 류마티스관절염	M08.0
108. 연소성 강직척추염	M08.1
109. 전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
110. (혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3
111. 결절성 다발동맥염	M30.0
112. 폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
113. 연소성 다발동맥염	M30.2
114. 과민성 혈관염	M31.0
115. 혈전성 미세혈관병증	M31.1
116. 베게너육아종증	M31.3
117. 대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4

대상질병	분류번호
118. 현미경적 다발혈관염	M31.7
119. 전신홍반루푸스	M32
120. 피부다발근염	M33
121. 전신경화증	M34
122. 건조증후군[쉐그렌]	M35.0
123. 기타 중복증후군	M35.1
124. 베체트병	M35.2
125. 류마티스성 다발근통	M35.3
126. 미만성(호산구성) 근막염	M35.4
127. 다초점 섬유경화증	M35.5
128. 재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
129. 과가동성 증후군	M35.7
130. 강직척추염	M45
131. 진행성 골화근염	M61.1
132. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
133. 재발성 다발연골염	M94.1
134. 만성 신장병	N18
135. 신장성 요붕증	N25.1
136. 신생아의 호흡곤란	P22

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표114】 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표P

약관에 규정하는 선천이상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00~Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10~Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20~Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35~Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38~Q45
7. 생식기관의 선천기형	Q50~Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
10. 기타 선천기형	Q80~Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체이상	Q90~Q99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표115】 어린이주요질환 분류표P

약관에 규정하는 어린이주요질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 결핵, 결핵의 후유증	A15~A19. B90
- 결핵관절염(A18.01†)	M01.1*
- 척추의 결핵(A18.00†)	M49.0*
- 뼈의 결핵(A18.02†)	M90.0*
- 결핵성 방광염(A18.11†)	N33.0*
- 자궁경부의 결핵감염(A18.17†)	N74.0*
- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	N74.1*
- 결핵성 복막염(A18.30†)	K67.3*
- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)	K93.0*
2. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
3. 기타 형태의 심장병	I30~I52
- 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
4. 신부전	N17~N19

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표116】 어린이생활질환 분류표P

약관에 규정하는 어린이생활질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 장 감염 질환	A00~A09
2. 피부 및 점막병변이 특징인 바이러스감염	B00~B09
3. 바이러스수막염	A87
4. 중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
5. 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G10~G14
6. 추체외로 및 운동 장애	G20~G26
7. 중추신경계통의 탈수초질환	G35~G37
8. 우발적 및 발작적 장애	G40~G47
9. 신경계통의 기타 장애	G90~G99
10. 비화농성 중이염	H65
11. 화농성 및 상세불명의 중이염	H66
12. 달리 분류된 질환에서의 중이염	H67*
13. 급성 상기도감염	J00~J06
14. 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
15. 기타 급성 하기도감염	J20~J22
16. 천식	J45
17. 천식지속상태	J46
18. 위궤양	K25
19. 십이지장궤양	K26
20. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
21. 위공장궤양	K28
22. 위염 및 십이지장염	K29
23. 충수의 질환	K35~K38
24. 탈장	K40~K46
25. 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
26. 사구체질환	N00~N08
27. 신세뇨관-간질질환	N10~N16
28. 요로결석증	N20~N23
29. 신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
30. 비뇨계통의 기타 질환	N30~N39

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표117】 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표P

약관에 규정하는 특정8대기관 양성종양 및 폴립으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

구분		대상질병	분류번호
1. 간 2. 담관 3. 췌장		·간의 양성 신생물 ·간외담관의 양성 신생물 ·췌장의 양성 신생물	D13.4 D13.5 D13.6
4. 갑상선		·갑상선의 양성 신생물	D34
5. 위·십이지장		·위의 양성 신생물 ·십이지장의 양성 신생물 ·위 및 십이지장의 폴립	D13.1 D13.2 K31.7
6. 대장		·맹장의 양성 신생물 ·충수의 양성 신생물 ·상행결장의 양성 신생물 ·횡행결장의 양성 신생물 ·하행결장의 양성 신생물 ·구불결장의 양성 신생물 ·상세불명의 결장의 양성 신생물 ·직장구불결장접합부의 양성 신생물 ·직장의 양성 신생물 ·직장폴립 ·결장의 폴립	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K62.1 K63.5
7. 생식기관	남성	·남성생식기관의 양성 신생물	D29
	여성	·자궁의 평활근종 ·자궁의 기타 양성 신생물 ·난소의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물 ·여성생식관의 폴립	D25 D26 D27 D28 N84
8. 기관지 및 폐		·기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표118】 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표

약관에 규정하는 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위			코드
공통	1. 내시경 종양제거 수술			Q7611~Q7789, QX706
기관	2. 간		간농양(낭종) 수술	
			가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
			나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
			다. 조대술	Q7213
			라. 낭종적출술	Q7214
	3. 담낭 및 담도		담도낭종수술	
			가. 우회술	Q7331
			나. 절제술	Q7332
			담도종양수술	
			가. 양성	Q7341
	4. 췌장		췌장가성낭종수술	
			가. 조대술	Q7541
			나. 외부배액법	Q7542
			다. 내부배액법	Q7543
			췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
	5. 갑상선		갑상선수술	
			가. 갑상선엽 전절제술	
			(1) 편측	P4551
			(2) 양측	P4552
			나. 갑상선엽 아전절제술	
			(1) 편측	P4553
			(2) 양측	P4554
			갑상선설관낭종절제술	P4558
	6. 위		위폴립절제술	Q2521
	7. 대장		소장 또는 결장의 폴립절제술	Q2645
			장간막종양적출술	
			가. 장관절제를 동반하는것	Q2761
			나. 기타의 것	Q2762
			직장종양의 절제술	
			가. 경항문 접근	Q2891
			나. 경천골 또는 방천골 접근	Q2890
			다. 복부접근	Q2892
			라. 경향문 내시경적 미세수술	Q2893
	8. 생식기관	남성	외성기 종양적출술	
			가. 양성	R4001
		여성	외음부 종양적출술	
			가. 양성	R4066

구분	진료행위			코드
			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. 3cm 미만	R4125
				R4131
			나. 3cm 이상(다발성 포함)	R4126
				R4132
			자궁경관점막폴립절제술	R4240
			자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
				R4242
			부속기 종양 적출술	
			가. 양성 - 개복술	R4444
			나. 양성 - 복강경하	R4445
	9. 기관지 및 폐		폐쐐기절제술	
			가. 단일	O1401
			나. 2-3개	O1403
			다. 4-5개	O1404
			라. 6개 이상	O1405
			폐구역절제술	O1410
			폐엽절제술	
			가. 단일폐엽절제술	O1421
			나. 쌍폐엽절제술	O1422
			다. 폐엽과 폐구역절제술	O1423
			라. 소매폐엽절제술	O1424

【별표119】 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술 분류표

약관에 규정하는 급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
스텐트삽입술	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동 맥죽상반절제술과동시)	M6567
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-폐동맥	M6604
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동맥]	M6612
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 시 그래프트 고정	M6651
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 후 그래프트 고정	M6652
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
풍선혈관성형술	경피적관상동맥확장술-단일혈관	M6551
	경피적관상동맥확장술-추가혈관	M6552
	경피적관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동 맥확장술	M6554
	경피적풍선혈관성형술-대동맥	M6595
	경피적풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
	경피적풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
풍선혈관성형술	경피적풍선혈관성형술-경동맥[추골동맥포함]	M6594
	경피적풍선혈관성형술-기타혈관	M6597

【별표120】 사시 분류표P

약관에 규정하는 사시로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 마비성 사시	H49
2. 기타 사시	H50

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표121】 소아탈장 분류표P

약관에 규정하는 소아탈장으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 사타구니탈장	K40
2. 대퇴탈장	K41
3. 배꼽탈장	K42
4. 복벽탈장	K43
5. 기타 복부탈장	K45
6. 상세불명의 복부탈장	K46

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표122】 특정부인과질병 분류표P

약관에 규정하는 특정부인과질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 양성 신생물	D24
2. 자궁의 평활근종	D25
3. 자궁의 기타 양성 신생물	D26
4. 난소의 양성 신생물	D27
5. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
6. 유방의 장애	N60~N64
7. 여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
- 자궁경부의 결핵(N74.0*)	A18.17†
- 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)	A18.17†
8. 여성생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자, 여성불임, 인공수정과 관련된 합병증 제외)	N80~N95
9. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표123】 환경성질환 분류표P

약관에 규정하는 환경성질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병		분류번호
1. 아토피	·아토피성 피부염	L20
2. 알레르기성 비염	·혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
3. 천식	·천식 ·천식지속상태	J45 J46
4. 급성 기관지염	·급성 기관지염 ·급성 세기관지염	J20 J21
5. 폐렴	·달리 분류되지 않은 바이러스폐렴 ·폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 ·인플루엔자균에 의한 폐렴 ·달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 ·달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16
	·달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	– 수두폐렴(J17.1*) – 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*) – 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) – 폐톡소포자충증(J17.3*)	B01.2† B05.2† B25.0† B58.3†
	·상세불명 병원체의 폐렴	J18
6. 외부 요인에 의한 폐질환	·탄광부진폐증 ·석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증 ·실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증 ·기타 무기물먼지에 의한 진폐증 ·상세불명의 진폐증 ·결핵과 연관된 진폐증 ·특정 유기물먼지에 의한 기도질환 ·유기물먼지에 의한 과민성 폐렴 ·화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태 ·고체 및 액체에 의한 폐렴 ·기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J60 J61 J62 J63 J64 J65 J66 J67 J68 J69 J70
7. 중금속에 의한 질환	·약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태 ·정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타 물질의 소견 ·금속의 독성효과	N14 R78 T56

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표124】 독감(인플루엔자) 분류표P

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표125】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표

약관에 규정하는 출생전후기 질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 산모요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00~P04
2. 임신기간 및 태아성장과 관련된 장애	P05~P08
3. 출산외상	P10~P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관장애	P20~P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35~P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50~P61
7. 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70~P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통장애	P75~P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련된 병태	P80~P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90~P96

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표126】 특정뇌및심장질환Ⅱ 분류표P

약관에 규정하는 특정뇌및심장질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
1. 특정뇌질환	·뇌염, 척수염 및 뇌척추염	G04
	·파킨슨병	G20
	·이차성 파킨슨증	G21
	·뇌전증	G40
	·뇌전증지속상태	G41
	·일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	·뇌혈관질환	I60~I69
	·두개내손상	S06
2. 특정심장질환	·심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	·만성 류마티스심장질환	I05~I09
	·허혈성심장질환	I20~I25
	·기타 형태의 심장병	I30~I52
	·대동맥동맥류 및 박리	I71
	·흉부 혈관의 손상	S25
	·심장의 손상	S26

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표127】 급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파) 분류표

약관에 규정하는 급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	코드
1. 뇌CT	·일반전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
	·일반전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하는 경우	HA461
	·일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	·일반전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
	·일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	·일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	·일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	·일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	·일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
2. 뇌MRI	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영판독-촬영료 등	HI235
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제 2회부터-촬영료 등	HI301
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우 -촬영료 등	HI501
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명 영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영판독-판독료	HJ235
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ301
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료볌위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명 영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	·자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
3. 뇌척수액	·요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000

구분	진료행위	코드
검사		
4. 뇌파검사	·특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	·각성뇌파검사-18채널미만	F6141
	·각성뇌파검사-18채널미만(이동뇌파를 실시한 경우)	F6142
	·보행뇌파검사-4시간이상8시간이하	F6143
	·수면뇌파검사-18채널미만(각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우)	F6144
	·수면뇌파검사-18채널미만	F6145
	·보행뇌파검사-8시간초과	F6146
	·특수뇌파검사-약물 또는 물리적 유발 뇌파검사-18채널미만	F6147
	·특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 미만	F6148
	·지속적 뇌파 감시[1일당]	F6149
	·지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널미만	F6151
	·지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널미만	F6152
	·지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널이상	F6153
	·지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널이상	F6154
	·각성뇌파검사-18채널이상	FA141
	·각성뇌파검사-18채널이상(이동뇌파를 실시한 경우)	FA142
	·수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우)	FA144
	·수면뇌파검사-18채널이상	FA145
	·특수뇌파검사-약물 또는 물리적 유발 뇌파검사-18채널이상	FA147
	·특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상	FA148
5. 심장CT	·일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-고해상력	HA424
	·일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우	HA434
	·일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우	HA464
	·일반전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
	·일반전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2회부터	HA834
	·일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA514
	·일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-삼차원	HA524
	·일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-CT 혈관조영	HA534
	·일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-Cine CT	HA554
6. 심장MRI	·자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제 2회부터-촬영료 등	HI324
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제 2회부터-판독료	HJ324
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624
	·자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-전문의	HJ724
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-촬영료 등	HI140
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영판독-촬영료 등	HI240
6. 심장MRI	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540

구분	진료행위	코드
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-판독료	HJ140
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영판독-판독료	HJ240
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명 영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
	·자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ740
7. 심장 초음파 검사	·심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	·심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	·심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	·심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	·심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	·심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	·심장-태아정밀 심초음파	EB436
	·심장-경식도 심초음파	EB611
	·심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	·심장-심장내 초음파	EB612

【별표128】 급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술) 분류표

약관에 규정하는 급여 특정뇌및심장질환Ⅱ 검사(혈관조영술)로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	코드
1. 뇌혈관 조영술	·두경부동맥조영-추골동맥	HA601
	·두경부동맥조영-총경동맥	HA602
	·두경부동맥조영-외경동맥	HA603
	·두경부동맥조영-내경동맥	HA604
	·두경부동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료 포함)	HA606
	·두경부동맥조영-전뇌동맥	HA605
2. 관상동맥 조영술	·흉부동맥조영-우심방조영	HA610
	·흉부동맥조영-우심실조영	HA611
	·흉부동맥조영-좌심실조영	HA612
	·흉부동맥조영-좌심방조영	HA613
	·관상동맥조영	HA670
	·이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥 조영촬영포함]	HA680
	·이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥 조영촬영포함]-2개혈관부터 최대 3개혈관	HA681
	·이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]과 동시촬영된 좌심실조영촬영	HA682

【별표129】 급여 안면부창상봉합술 분류표

약관에 규정하는 급여 안면부창상봉합술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0027
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0028
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0029
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상,5cm마다 추가 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 59.80점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 59.80점을 추가 가산한다.)	S0030
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만)	S0031
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0032
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0037
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0038
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0039
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상,5cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 59.80점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 59.80점을 추가 가산한다.)	S0040
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA027
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA028
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA029
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10cm이상,5cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 73.38점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 73.38점을 추가 가산한다.)	SA030
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm미만)	SA031
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	SA032
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA037
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA038
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA039
창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이10cm이상,5cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 73.38점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 73.38점을 추가 가산한다.)	SA040

【별표130】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표

약관에 규정하는 급여 창상봉합술(안면부제외)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB029
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.	SB030
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만)	SB031
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB032
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB039
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.	SB040
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC029
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.	SC030
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm미만)	SC031
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SC032
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC039
창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.	SC040

【별표131】 추간판장애 분류표P

약관에 규정하는 추간판장애로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표132】 특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 분류표P

약관에 규정하는 특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 심장 및 혈관 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편의 합병증	T82
2. 이식된 기관 및 조직의 실패 및 거부	T86

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표133】 특정치료합병증(특정처치중발생) 분류표P

약관에 규정하는 특정치료합병증(특정처치중발생)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. ABO부적합반응	T80.3
2. Rh부적합반응	T80.4
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 기타 혈청반응	T80.6
5. 달리 분류되지 않은 처치의 합병증	T81
6. 재부착 및 절단에 특이한 합병증	T87
7. 예방접종에 따른 감염	T88.0
8. 달리 분류되지 않은 예방접종에 따른 기타 합병증	T88.1
9. 마취에 의한 쇼크	T88.2
10. 마취에 의한 악성 고체온	T88.3
11. 실패한 삽관 또는 삽관곤란	T88.4
12. 마취의 기타 합병증	T88.5
13. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표134】 특정쇼크(Shock) 분류표P

약관에 규정하는 특정쇼크(Shock)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 달리 분류되지 않은 쇼크	R57
2. 달리 분류되지 않은 처치중 또는 처치에 의한 쇼크	T81.1
3. 마취에 의한 쇼크	T88.2
4. 외상성 쇼크	T79.4

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표135】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환"으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조 (중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 뇌혈관 질환	I60~I67
2. 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
3. 후천성 동정맥루	I77.0
4. 순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
5. 두개내손상	S06

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표136】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 “중증질환자 뇌혈관질환 수술”이란 “중증질환자 뇌혈관질환”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행) [별첨1]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 수술 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
1. 혈종제거를 위한 개두술	S4621,S4622
2. 뇌동맥류수술	S4641,S4642
3. 뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
4. 두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
5. 단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
6. 뇌엽절제술	S4780
7. 뇌 기저부 수술	S4801~S4803
8. 중추신경계정위수술 - 혈종제거	S4756
9. 경피적풍선혈관성형술	M6593, M6594, M6597
10. 경피적뇌혈관약물성형술	M6599
11. 경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601, M6602, M6605
12. 경피적혈전제거술	M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639
13. 혈관색전술	M1661~M1667, M6644
14. 천두술	N0322~N0324
15. 개두술 또는 두개절제술	N0333
16. 혈관내 죽종제거술	O0226, O0227, O2066
17. 경동맥결찰술	S4670
18. 뇌내시경수술	S4744
19. 뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표137】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환"으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 심장의 양성 신생물	D15.1
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 만성 류마티스 심장질환	I05~I09
4. 허혈심장질환	I20~I25
5. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
6. 기타 형태의 심장병	I30~I51
7. 대동맥의죽상경화증	I70.0
8. 대동맥동맥류 및 박리	I71
9. 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
10. 대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
11. 순환계통의 선천기형	Q20~Q25
12. 대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
13. 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표138】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 “중증질환자 심장질환 수술”이란 “중증질환자 심장질환”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)[별첨2]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 수술 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
동맥관 우회로 조성술	OA640, OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902

수술명	수술코드
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932, O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981, O1982
심박기거치술	O2001, O2004, O2005, O2009, O0203~O0210, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O2021, O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550, 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
장 및 폐이식술	Q8103

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표139】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 "중증질환자 심장질환 약제"란 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)[별첨2]에서 정한 아래의 약제를 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 약제 해당 여부를 판단합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표140】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병

약관에 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 중증화상"으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

상병명(상병코드)		
구분	중증도 기준	체표면적 기준
1	가. 머리 및 목의 2도 화상(T20.2) 나. 몸통의 2도 화상(T21.2) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상(T22.2) 라. 손목 및 손의 2도 화상(T23.2) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상(T24.2) 바. 발목 및 발의 2도 화상(T25.2) 사. 상세불명 신체부위의 2도 화상(T30.2)	가. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 나. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 다. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 라. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 마. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 바. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 사. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 아. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
2	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상(T22.3) 라. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상(T24.3) 바. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 사. 상세불명 신체부위의 3도 화상(T30.3)	가. 신체표면의 10-19%를 침범한 화상(T31.1) 나. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 다. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 라. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 마. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 바. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 사. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 아. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 자. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
3	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 중안면부에 수상한 경우 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우 다. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 라. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 마. 눈 및 부속기의 화상(T26.0~T26.4)	
4	가. 호흡기도의 화상(T27.0~T27.3) 나. 기타 내부기관의 화상(T28.0~T28.3)	

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표141】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술

약관에서 규정하는 "중증화상 수술"이란 "중증화상"으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31 시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 "중증화상의 수술" 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
1. 반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2. 반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242~N0247, NA241~NA243
3. 반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표142】 학교폭력피해 보호조치 분류표

약관에 규정하는 피해학생에 대한 보호조치는「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」 제16조(피해학생의 보호) 제1항에서 정한 조치 중 다음에 해당하는 조치를 말합니다.

해당조치
1. 학교내외 전문가에 의한 심리상담 및 조언 2. 치료 및 치료를 위한 요양

【별표143】 임신중독증(자간포함) 분류표

약관에 규정하는 임신중독증(자간포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 전자간 2. 자간	O14 O15

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표144】 태반조기박리 분류표

약관에 규정하는 태반조기박리로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
태반의 조기분리[태반조기박리]	O45

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표145】 양수색전증 분류표

약관에 규정하는 양수색전증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
산과적 색전증	O88

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표146】 임신 및 출산관련 질환 분류표

약관에 규정하는 임신 및 출산관련 질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
2. 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20~O29
3. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
4. 진통 및 분만의 합병증	O60~O75
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표147】 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표

약관에 규정하는 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 유산된 임신	O00~O08
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
3. 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20~O29
4. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60~O75
6. 분만	O80~O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표148】 자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 자궁적출수술로 분류되는 항목은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 의한 수술 및 처치 코드 중 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술	코드
1. 복식 부분자궁적출술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 복식 전자궁적출술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 전자궁적출술(Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 복식 근치자궁적출술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 질식 근치자궁적출술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁적출술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

주1) 자궁경부 원추형 절제술(Conization of cervix)은 자궁적출수술에서 제외됩니다.
주2) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표149】 다운증후군 분류표P

약관에 규정하는 다운증후군으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
다만, 아래의 질병 이외에 신생아에게 적용하는 "출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)" 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
다운증후군	Q90

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표150】 유산 분류표

약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁외임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학 유산	O04
6. 기타 유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표151】 산후우울증 분류표

약관에 규정하는 산후우울증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
우울에피소드	F32
재발성 우울장애	F33
달리 분류되지 않은 산후기의 정신 및 행동장애	F53

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표152】 특정 신체부위·질병 분류표

가. 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장 2. 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함) 3. 대장(맹장, 직장 제외) 4. 직장 5. 항문 6. 간 7. 담낭(쓸개) 및 담관 8. 췌장 9. 비장 10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함) 11. 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함] 12. 인두 및 후두(편도 포함) 13. 식도 14. 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘) 15. 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함] 16. 안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함] 17. 신장 18. 부신 19. 요관, 방광 및 요도 20. 음경 21. 질 및 외음부 22. 전립선 23. 유방(유선 포함) 24. 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함] 25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함) 26. 난소 및 난관 27. 고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭 28. 갑상선 29. 부갑상선 30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함) 31. 피부(두피 및 입술 포함) 32. 경추부(해당신경 포함) 33. 흉추부(해당신경 포함) 34. 요추부(해당신경 포함) 35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함) 36. 왼쪽 어깨 37. 오른쪽 어깨 38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함) 39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함) 40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하) 41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하) 42. 왼쪽 고관절 43. 오른쪽 고관절 44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함) 45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)

특정 신체부위
46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하) 47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하) 48. 상·하악골(위·아래턱뼈) 49. 쇄골 50. 늑골(갈비뼈)

나. 특정질병

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 담석증	·담석증	K80
2. 요로결석증	·신장 및 요관의 결석 ·하부요로의 결석 ·상세불명의 신장 급통증	N20 N21 N23
3. 관절증 및 류마티스관절염	·혈청검사양성 류마티스관절염 ·기타 류마티스관절염 ·연소성 관절염 ·다발관절증 ·고관절증 ·무릎관절증 ·제1수근중수관절의 관절증 ·기타 관절증	M05 M06 M08 M15 M16 M17 M18 M19
4. 척추질환	·척주후만증 및 척주전만증 ·척주측만증 ·척추증 ·경추간판장애 ·기타 추간판장애 ·등통증	M40 M41 M47 M50 M51 M54
5. 심장질환	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병 ·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환 ·기타 류마티스심장질환 ·협심증 ·급성 심근경색증 ·후속심근경색증 ·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 ·기타 급성 허혈심장질환 ·만성 허혈심장병 ·폐색전증 ·기타 폐성 심장질환 ·폐혈관의 기타 질환 ·급성 심장막염 ·심장막의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 심장막염 ·급성 및 아급성 심내막염	I00 I01 I02 I05 I06 I07 I08 I09 I20 I21 I22 I23 I24 I25 I26 I27 I28 I30 I31 I32* I33

대상질병		분류번호
5. 심장질환	·비류마티스성 승모판장애 ·비류마티스성 대동맥판장애 ·비류마티스성 삼첨판장애 ·폐동맥판장애 ·상세불명 판막의 심내막염 ·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애 ·급성 심근염 ·달리 분류된 질환에서의 심근염 ·심근병증 ·달리 분류된 질환에서의 심근병증 ·방실차단 및 좌각차단 ·기타 전도장애 ·심장정지 ·발작성 빈맥 ·심방세동 및 조동 ·기타 심장부정맥 ·심부전 ·심장병의 불명확한 기록 및 합병증 ·달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I34 I35 I36 I37 I38 I39* I40 I41* I42 I43* I44 I45 I46 I47 I48 I49 I50 I51 I52*
6. 뇌혈관질환	·거미막하출혈 ·뇌내출혈 ·기타 비외상성 두개내출혈 ·뇌경색증 ·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 ·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 ·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 ·기타 뇌혈관질환 ·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 ·뇌혈관질환의 후유증 ·일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군 ·뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68* I69 G45 G46*
7. 고혈압	·본태성(원발성) 고혈압 ·고혈압성 심장병 ·고혈압성 신장병 ·고혈압성 심장 및 신장병 ·이차성 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
8. 당뇨병	·1형 당뇨병 ·2형 당뇨병 ·영양실조-관련 당뇨병 ·기타 명시된 당뇨병 ·상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
9. 결핵	·세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵 ·세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵 ·신경계통의 결핵 ·기타 기관의 결핵 ·좁쌀결핵	A15 A16 A17† A18 A19
10. 자궁근종	·자궁의 평활근종	D25
11. 자궁내막증	·자궁내막증	N80
12. 난소낭종	·난소의 양성 신생물	D27

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【부록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2025.04.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

관공서의 공휴일에 관한 규정 ····· 1069
교육기본법 ····· 1069
교통사고처리 특례법 ····· 1069
국민건강보험법 ····· 1070
국민건강보험법 시행령 ····· 1072
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 1084
근로자의 날 제정에 관한 법률 ····· 1087
금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 1087
도로교통법 ····· 1088
모자보건법 ····· 1092
모자보건법 시행령 ····· 1093
민법 ····· 1093
보험업감독규정 ····· 1093
보험업감독업무시행세칙 ····· 1094
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 ····· 1094
산업재해보상보험법 시행규칙 ····· 1094
상법 ····· 1097
상법 시행령 ····· 1097
성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 ····· 1098
심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 ····· 1106
아동 · 청소년의 성보호에 관한 법률 ····· 1107
아동복지법 ····· 1107
암관리법 ····· 1107
어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 ····· 1108
여객자동차 운수사업법 시행령 ····· 1108
유아교육법 시행령 ····· 1109
응급의료에 관한 법률 ····· 1109
응급의료에 관한 법률 시행규칙 ····· 1110

의료급여법 ····· 1111
의료급여법 시행령 ····· 1112
의료법 ····· 1113
의료법 시행규칙 ····· 1115
자동차관리법 시행규칙 ····· 1118
자동차손해배상 보장법 시행령 ····· 1121
장애인복지법 ····· 1122
장애인복지법 시행령 ····· 1122
전자서명법 ····· 1123
제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법 ····· 1124
지방교육자치에 관한 법률 ····· 1124
지역보건법 ····· 1124
초·중등교육법 ····· 1125
초·중등교육법 시행령 ····· 1126
폭력행위 등 처벌에 관한 법률 ····· 1127
학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 ····· 1128
형법 ····· 1129
형사소송법 ····· 1134
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····· 1134
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 ··· 1135

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)
이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.
1. 일요일
2. 국경일 중 3ㆍ1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 〈2005.6.30.〉
6. 부처님오신날 음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)
① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호 · 제6호 · 제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호 · 제4호 · 제7호 · 제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

교육기본법

제8조(의무교육)
① 의무교육은 6년의 초등교육과 3년의 중등교육으로 한다.
② 모든 국민은 제1항에 따른 의무교육을 받을 권리를 가진다.

교통사고처리 특례법

제3조(처벌의 특례)
① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주

하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

국민건강보험법

제5조(적용 대상 등)

① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.

1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 "수급권자"라 한다)
2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 "유공자등 의료보호대상자"라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.
   가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람
   나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람

② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.

1. 직장가입자의 배우자
2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
4. 직장가입자의 형제·자매

③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으

로 정한다.

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

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.
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 전문요양기관으로 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.

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제44조(비용의 일부부담)

① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다.
1. 본인일부부담금의 총액
2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은

항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액
③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제53조(급여의 제한)
① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.
③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 제69조제4항제2호에 따른 보수 외 소득월액보험료
2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료
④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.
⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 "급여제한기간"이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제54조(급여의 정지)
보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.
1. 삭제 <2020. 4. 7.>
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

국민건강보험법 시행령

제19조(비용의 본인부담)

① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.

③ 법 제44조제2항에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다.

1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액
2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액
3. 별표 2 제3호사목, 거목 및 너목에 따라 부담한 금액
4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액

④ 법 제44조제2항에 따른 본인부담상한액(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.

⑤ 법 제44조제2항에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 요양급여를 받은 사람이 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다.

⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

[별표2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
   가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
      1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
      2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100

분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합 병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 − 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 − 약값 총액 − 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
			비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
2. 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호마목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 − 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

다. 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터의 경우

1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.

2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40

나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액

3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서

정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액

가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50

나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

[질병군별 기준 상대가치점수 + (입원 일수 - 질병군별 평균 입원 일수) × 질병군별 일당 상대가치점수] × 제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가

비고

1. 위 표에서 “질병군별 기준 상대가치점수”란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.
2. 위 표에서 “질병군별 일당 상대가치점수”란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.

나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액

다. 삭제 〈2021. 11. 1.〉

라. 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액

3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.

가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50

1) 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 요양급여

2) 2세 미만 영유아 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 2세 이상 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여

3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

1) 삭제 〈2017. 9. 29.〉

2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여

4) 삭제 〈2018. 12. 24.〉

다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액

1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 해당환자가 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.
1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인일부부담금
상급종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에

기관 종류	구분		본인일부부담금
			는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5
종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환자가 나목2)(치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	그 밖의 외래진료 및 입원진료		요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5
의원, 치과의원,	외래진료	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부

기관 종류	구분		본인일부부담금
한의원, 보건의료원		의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음
	입원진료		요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3
보건소, 보건지소, 보건진료소	외래진료 및 입원진료		없음
약국, 한국희귀·필수의약품센터	「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우		900원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우		500원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우		없음

비고

1. 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
2. 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2)(치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2)(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의

기관 종류	구분	본인일부부담금

5]를 부담한다.
3. 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
4. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.
5. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5
4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
7) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만이 되는 경우에는 500원을 본인일부부담금으로 한다.
8) 삭제 <2024. 12. 10.>
9) 희귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
10) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
아. 삭제 <2024. 12. 10.>
자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여[가목2) 및 라목에 해당하

는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

차. 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10

카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30

타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.

1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

3) 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100
종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

1) 삭제 <2019. 10. 22.>

2) 삭제 <2019. 10. 22.>

3) 삭제 <2019. 10. 22.>

거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

더. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자가 의원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 외래진료를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 20(1세 이상 6세 미만의 아동은 해당 요양급여비용의 100분의 14). 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람이 외래진료를 받는 경우에는 제외한다.

1) 임신부
2) 1세 미만의 영유아
3) 65세 이상인 사람(해당 요양급여비용이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하인 경우로 한정한다)
4) 희귀난치성질환등을 가진 사람
5) 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 사람

러. 나목, 다목, 라목2), 너목 및 더목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 요양급여를 받는 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액
1) 해당 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액
2) 1)에도 불구하고 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하에 해당하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.
5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금	
	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원·병원·한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100
다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원·병원·한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 55/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

5의2. 제1호, 제3호(너목은 제외한다) 및 제4호에도 불구하고 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 90을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그렇지 않다.
가. 「아동복지법」에 따른 아동
나. 「모자보건법」에 따른 임산부
다. 다음의 사람 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람
1) 「장애인복지법」 제2조제2항에 따른 장애인
2) 희귀난치성질환등을 가진 사람
3) 제3호마목에 따른 중증질환자
4) 그 밖에 1)부터 3)까지의 규정에 준하는 사람으로서 불가피하게 연간 365회를 초과하는 외래진료가 필요한 사람

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.
가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우

나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우
다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우
라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우
마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

[별표3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2024년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	138만원	87만원
	2구간	174만원	108만원
	3구간	235만원	167만원
	4구간	388만원	313만원
	5구간	557만원	428만원
	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

비고: 위 표에서 "120일 초과 입원"이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2025년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액=전년도 본인부담상한액×(1+전국소비자물가변동률)

비고
1. 위 계산식에서 "본인부담상한액"이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
2. 위 계산식에서 "전국소비자물가변동률"이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.

2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

구분	상한액기준보험료 구간	
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방 · 투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.

② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.

② 삭제 <2001. 12. 31.>

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
라. 단순 코골음
마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환
사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용
라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
마. 친자확인을 위한 진단
바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
사. 및 아. 삭제 〈2002.10.24〉
자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
차. 삭제 〈2006.12.29〉
카. 삭제 〈2018. 12. 31.〉
타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
파. 삭제 〈2024. 7. 5.〉
하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 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.

근로자의 날 제정에 관한 법률

5월 1일을 근로자의 날로 하고, 이 날을 「근로기준법」 에 따른 유급휴일(有給休日)로 한다.

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)
조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)
① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

도로교통법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "도로"란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.
   가. 「도로법」에 따른 도로
   나. 「유료도로법」에 따른 유료도로
   다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로
   라. 그 밖에 현실적으로 불특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가 통행할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소
2. "자동차전용도로"란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.

3. "고속도로"란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. "차도"(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진 선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.
5. "중앙선"이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제14조제1항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.
6. "차로"란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.
7. "차선"이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.

7의 2. "노면전차 전용로"란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제18조의2제1항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.

8. "자전거도로"란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거 및 개인형 이동장치가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제3조 각 호의 도로를 말한다.
9. "자전거횡단도"란 자전거 및 개인형 이동장치가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
10. "보도"(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치를 이용하여 통행하는 사람 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇을 포함한다. 이하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.
11. "길가장자리구역"이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.
12. "횡단보도"란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
13. "교차로"란 '십'자로, 'T'자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차도가 구분되어 있는 도로에서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.
14. "안전지대"란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.
15. "신호기"란 도로교통에서 문자·기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행·정지·방향전환·주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.
16. "안전표지"란 교통안전에 필요한 주의·규제·지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호·문자 또는 선 등을 말한다.
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, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제21호의3에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
    나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

17의2. "노면전차"란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
    가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
        1) 승용자동차
        2) 승합자동차
        3) 화물자동차

4) 특수자동차
5) 이륜자동차
나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계
19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)
19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
20. "자전거"란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.
21. "자동차등"이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.
21의2. "자전거등"이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.
21의3. “실외이동로봇”이란 「지능형 로봇 개발 및 보급 촉진법」 제2조제1호에 따른 지능형 로봇 중 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
22. "긴급자동차"란 다음 각 목의 자동차로서 그 본래의 긴급한 용도로 사용되고 있는 자동차를 말한다.
가. 소방차
나. 구급차
다. 혈액 공급차량
라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자동차
23. "어린이통학버스"란 다음 각 목의 시설 가운데 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)를 교육 대상으로 하는 시설에서 어린이의 통학 등(현장체험학습 등 비상시적으로 이루어지는 교육활동을 위한 이동을 제외한다)에 이용되는 자동차와 「여객자동차 운수사업법」 제4조제3항에 따른 여객자동차운송사업의 한정면허를 받아 어린이를 여객대상으로 하여 운행되는 운송사업용 자동차를 말한다.
가. 「유아교육법」에 따른 유치원 및 유아교육진흥원, 「초·중등교육법」에 따른 초등학교, 특수학교, 대안학교 및 외국인학교
나. 「영유아보육법」에 따른 어린이집
다. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따라 설립된 학원 및 교습소
라. 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따라 설립된 체육시설
마. 「아동복지법」에 따른 아동복지시설(아동보호전문기관은 제외한다)
바. 「청소년활동 진흥법」에 따른 청소년수련시설
사. 「장애인복지법」에 따른 장애인복지시설(장애인 직업재활시설은 제외한다)
아. 「도서관법」에 따른 공공도서관
자. 「평생교육법」에 따른 시·도평생교육진흥원 및 시·군·구평생학습관
차. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 및 사회복지관
24. "주차"란 운전자가 승객을 기다리거나 화물을 싣거나 차가 고장 나거나 그 밖의 사유로 차를 계속 정지 상태에 두는 것 또는 운전자가 차에서 떠나서 즉시 그 차를 운전할 수 없는 상태에 두는 것을 말한다.
25. "정차"란 운전자가 5분을 초과하지 아니하고 차를 정지시키는 것으로서 주차 외의 정지 상태를 말한다.
26. "운전"이란 도로(제44조·제45조·제54조제1항·제148조·제148조의2 및 제156조제10호의 경우에는 도로 외의 곳을 포함한다)에서 차마 또는 노면전차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종을 포함한다)을 말한다.
27. "초보운전자"란 처음 운전면허를 받은 날(처음 운전면허를 받은 날부터 2년이 지나기 전에 운전면허의 취소처분을 받은 경우에는 그 후 다시 운전면허를 받은 날을 말한다)부터 2년이 지나지 아니한 사람을 말한다. 이 경우 원동기장치자전거면허만 받은 사람이 원동기장치자전거면허 외의 운전

면허를 받은 경우에는 처음 운전면허를 받은 것으로 본다.

28. "서행"(徐行)이란 운전자가 차 또는 노면전차를 즉시 정지시킬 수 있는 정도의 느린 속도로 진행하는 것을 말한다.
29. "앞지르기"란 차의 운전자가 앞서가는 다른 차의 옆을 지나서 그 차의 앞으로 나가는 것을 말한다.
30. "일시정지"란 차 또는 노면전차의 운전자가 그 차 또는 노면전차의 바퀴를 일시적으로 완전히 정지시키는 것을 말한다.
31. "보행자전용도로"란 보행자만 다닐 수 있도록 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로를 말한다.
32. "자동차운전학원"이란 자동차등의 운전에 관한 지식·기능을 교육하는 시설로서 다음 각 목의 시설 외의 시설을 말한다.
    가. 교육 관계 법령에 따른 학교에서 소속 학생 및 교직원의 연수를 위하여 설치한 시설
    나. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
    다. 전산장치에 의한 모의운전 연습시설
    라. 지방자치단체 등이 신체장애인의 운전교육을 위하여 설치하는 시설 가운데 시·도경찰청장이 인정하는 시설
    마. 대가(代價)를 받지 아니하고 운전교육을 하는 시설
    바. 운전면허를 받은 사람을 대상으로 다양한 운전경험을 체험할 수 있도록 하기 위하여 도로가 아닌 장소에서 운전교육을 하는 시설
33. "모범운전자"란 제146조에 따라 무사고운전자 또는 유공운전자의 표시장을 받거나 2년 이상 사업용 자동차 운전에 종사하면서 교통사고를 일으킨 전력이 없는 사람으로서 경찰청장이 정하는 바에 따라 선발되어 교통안전 봉사활동에 종사하는 사람을 말한다.
34. “음주운전 방지장치”란 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하려는 경우 시동이 걸리지 아니하도록 하는 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

제12조(어린이 보호구역의 지정 · 해제 및 관리)

① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.
    1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초 · 중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
    2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
    3. 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
    4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교
    5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소

② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정 · 해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.

③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.

④ 시·도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.

⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.
    1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기

2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
3의2. 방호울타리
4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제43조(무면허운전 등의 금지)
누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

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, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
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.
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.

⑤ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

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.

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.

모자보건법

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)
① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간(準强姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
② 제1항의 경우에 배우자의 사망 · 실종 · 행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

모자보건법 시행령

제15조(인공임신중절수술의 허용한계)
① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.
③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

민법

제2조(신의성실)
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
② 권리는 남용하지 못한다.

제755조(감독자의 책임)
① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제767조(친족의 정의)
배우자, 혈족 및 인척을 친족으로 한다.

제768조(혈족의 정의)
자기의 직계존속과 직계비속을 직계혈족이라 하고 자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속을 방계혈족이라 한다.

제769조(인척의 계원)
혈족의 배우자, 배우자의 혈족, 배우자의 혈족의 배우자를 인척으로 한다.

제777조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

보험업감독규정

제1-2조(정의)
이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
13. "평균공시이율"이란 금융감독원장(이하 “감독원장”이라 한다)이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제4-36조(통신판매시 준수사항)

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

보험업감독업무시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제7-65조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
   가. 회사별 공시이율은 매월말 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
   나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 8월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2025년	2.75%

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

제4조(중증질환자 산정특례 대상)

영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련)

구분	관절명	측정부위		평균 운동 가능영역(각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)-목뼈1번 분절		13
		목뼈1번-목뼈2번 분절		10
		목뼈2번-목뼈3번 분절		8
		목뼈3번-목뼈4번 분절		13
		목뼈4번-목뼈5번 분절		12
		목뼈5번-목뼈6번 분절		17
		목뼈6번-목뼈7번 분절		16
		목뼈7번-등뼈1번 분절		6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절		4
		등뼈2번-등뼈3번 분절		4
		등뼈3번-등뼈4번 분절		4
		등뼈4번-등뼈5번 분절		4
		등뼈5번-등뼈6번 분절		4
		등뼈6번-등뼈7번 분절		5
		등뼈7번-등뼈8번 분절		6
		등뼈8번-등뼈9번 분절		6
		등뼈9번-등뼈10번 분절		6
		등뼈10번-등뼈11번 분절		9
		등뼈11번-등뼈12번 분절		12
	허리뼈부(요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절		12
		허리뼈1번-허리뼈2번 분절		12
		허리뼈2번-허리뼈3번 분절		14
		허리뼈3번-허리뼈4번 분절		15
		허리뼈4번-허리뼈5번 분절		17
		허리뼈5번-엉치뼈1번 분절		20
어깨관절		앞위쪽올리기		150
		옆위쪽올리기		150
		뒤쪽올리기		40
		모으기		30
		안쪽 돌리기		40
		바깥쪽 돌리기		90
팔꿈치관절		펴기		0
		굽히기		150
		안쪽 돌리기		80
		바깥쪽 돌리기		80
손목관절		손등쪽 굽히기		60
		손바닥쪽 굽히기		70
		손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)		20
		손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)		30
손허리손가락관절 (중수지관절)		엄지손가락	펴기	0
			굽히기	60
		둘째 손가락	펴기	0
			굽히기	90
손허리손가락관절 (중수지관절)		가운데손가락	펴기	0
			굽히기	90
		넷째 손가락	펴기	0

구분 / 관절명	측정부위		평균 운동 가능영역(각도)
		굽히기	90
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 90
손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
발허리발가락관절 (중족지관절)	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10

구분 관절명	측정부위		평균 운동 가능영역(각도)
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

상법

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

제731조(타인의 생명의 보험)

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조ㆍ변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조ㆍ변조 여부를 확인할 수 있을 것

제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례

제3조(특수강도강간 등)

① 「형법」 제319조제1항(주거침입), 제330조(야간주거침입절도), 제331조(특수절도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제330조 및 제331조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 「형법」 제334조(특수강도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제334조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제4조(특수강간 등)

① 흉기나 그 밖의 위험한 물건을 지닌 채 또는 2명 이상이 합동하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 제1항의 방법으로 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

③ 제1항의 방법으로 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.

제5조(친족관계에 의한 강간 등)

① 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 경우에는 7년 이상의 유기징역에 처한다.

② 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강제추행한 경우에는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

③ 친족관계인 사람이 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.

④ 제1항부터 제3항까지의 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족·인척과 동거하는 친족으로 한다.

⑤ 제1항부터 제3항까지의 친족은 사실상의 관계에 의한 친족을 포함한다.

제6조(장애인에 대한 강간·강제추행 등)

① 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역 또는 3천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2020. 5. 19.〉

④ 신체적인 또는 정신적인 장애로 항거불능 또는 항거곤란 상태에 있음을 이용하여 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

⑤ 위계(僞計) 또는 위력(威力)으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 간음한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

⑥ 위계 또는 위력으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 추행한 사람은 1년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

⑦ 장애인의 보호, 교육 등을 목적으로 하는 시설의 장 또는 종사자가 보호, 감독의 대상인 장애인에 대하여 제1항부터 제6항까지의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제7조(13세 미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등)

① 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

② 13세 미만의 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은

7년 이상의 유기징역에 처한다.
1. 구강 · 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기 · 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

⑤ 위계 또는 위력으로써 13세 미만의 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

제8조(강간 등 상해 · 치상)

① 제3조제1항, 제4조, 제6조, 제7조 또는 제15조(제3조제1항, 제4조, 제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

② 제5조 또는 제15조(제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제9조(강간 등 살인 · 치사)

① 제3조부터 제7조까지, 제15조(제3조부터 제7조까지의 미수범으로 한정한다)의 죄 또는 「형법」 제297조(강간), 제297조의2(유사강간) 및 제298조(강제추행)부터 제300조(미수범)까지의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

② 제4조, 제5조 또는 제15조(제4조 또는 제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

③ 제6조, 제7조 또는 제15조(제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제10조(업무상 위력 등에 의한 추행)

① 업무, 고용이나 그 밖의 관계로 인하여 자기의 보호, 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로 추행한 사람은 3년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

② 법률에 따라 구금된 사람을 감호하는 사람이 그 사람을 추행한 때에는 5년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제11조(공중 밀집 장소에서의 추행)

대중교통수단, 공연 · 집회 장소, 그 밖에 공중(公衆)이 밀집하는 장소에서 사람을 추행한 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

제12조(성적 목적을 위한 다중이용장소 침입행위)

자기의 성적 욕망을 만족시킬 목적으로 화장실, 목욕장 · 목욕실 또는 발한실(發汗室), 모유수유시설, 탈의실 등 불특정 다수가 이용하는 다중이용장소에 침입하거나 같은 장소에서 퇴거의 요구를 받고 응하지 아니하는 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제13조(통신매체를 이용한 음란행위)

자기 또는 다른 사람의 성적 욕망을 유발하거나 만족시킬 목적으로 전화, 우편, 컴퓨터, 그 밖의 통신매체를 통하여 성적 수치심이나 혐오감을 일으키는 말, 음향, 글, 그림, 영상 또는 물건을 상대방에게 도달하게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제14조(카메라 등을 이용한 촬영)

① 카메라나 그 밖에 이와 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 사람의 신체를 촬영대상자의 의사에 반하여 촬영한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에 따른 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 반포 · 판매 ·

임대 · 제공 또는 공공연하게 전시 · 상영(이하 “반포등”이라 한다)한 자 또는 제1항의 촬영이 촬영 당시에는 촬영대상자의 의사에 반하지 아니한 경우(자신의 신체를 직접 촬영한 경우를 포함한다)에도 사후에 그 촬영물 또는 복제물을 촬영대상자의 의사에 반하여 반포등을 한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 영리를 목적으로 촬영대상자의 의사에 반하여 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망(이하 “정보통신망”이라 한다)을 이용하여 제2항의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항 또는 제2항의 촬영물 또는 복제물을 소지 · 구입 · 저장 또는 시청한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

⑤ 상습으로 제1항부터 제3항까지의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제14조의2(허위영상물 등의 반포등)

① 사람의 얼굴 · 신체 또는 음성을 대상으로 한 촬영물·영상물 또는 음성물(이하 이 조에서 “영상물등”이라 한다)을 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 형태로 편집·합성 또는 가공(이하 이 조에서 “편집등”이라 한다)한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에 따른 편집물·합성물·가공물(이하 이 조에서 “편집물등”이라 한다) 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 반포등을 한 자 또는 제1항의 편집등을 할 당시에는 영상물등의 대상자의 의사에 반하지 아니한 경우에도 사후에 그 편집물등 또는 복제물을 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 반포등을 한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 영리를 목적으로 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 정보통신망을 이용하여 제2항의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항 또는 제2항의 편집물등 또는 복제물을 소지 · 구입 · 저장 또는 시청한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

⑤ 상습으로 제1항부터 제3항까지의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제14조의3(촬영물과 편집물 등을 이용한 협박 · 강요)

① 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다), 제14조의2제2항에 따른 편집물등 또는 복제물(복제물 복제물을 포함한다)을 이용하여 사람을 협박한 자는 1년 이상의 유기징역에 처한다.

② 제1항에 따른 협박으로 사람의 권리행사를 방해하거나 의무 없는 일을 하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

③ 상습으로 제1항 및 제2항의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제15조(미수범)

제3조부터 제9조까지, 제14조, 제14조의2 및 제14조의3의 미수범은 처벌한다.

제15조의2(예비, 음모)

제3조부터 제7조까지의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제16조(형벌과 수강명령 등의 병과)

① 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 형의 선고를 유예하는 경우에는 1년 동안 보호관찰을 받을 것을 명할 수 있다. 다만, 성폭력범죄를 범한 「소년법」 제2조에 따른 소년에 대하여 형의 선고를 유예하는 경우에는 반드시 보호관찰을 명하여야 한다.

② 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 유죄판결(선고유예는 제외한다)을 선고하거나 약식명령을 고지하는 경우에는 500시간의 범위에서 재범예방에 필요한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령(이하 “이수명령”이라 한다)을 병과하여야 한다. 다만, 수강명령 또는 이수명령을 부과할 수 없는 특별한 사정이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

③ 성폭력범죄를 범한 자에 대하여 제2항의 수강명령은 형의 집행을 유예할 경우에 그 집행유예기간 내에서 병과하고, 이수명령은 벌금 이상의 형을 선고하거나 약식명령을 고지할 경우에 병과한다. 다만, 이수명령은 성폭력범죄자가 「전자장치 부착 등에 관한 법률」 제9조의2제1항제4호에 따른 이수명령을

부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.
④ 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 형의 집행을 유예하는 경우에는 제2항에 따른 수강명령 외에 그 집행유예기간 내에서 보호관찰 또는 사회봉사 중 하나 이상의 처분을 병과할 수 있다.
⑤ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 형의 집행을 유예할 경우에는 그 집행유예기간 내에, 벌금형을 선고하거나 약식명령을 고지할 경우에는 형 확정일부터 6개월 이내에, 징역형 이상의 실형(實刑)을 선고할 경우에는 형기 내에 각각 집행한다. 다만, 수강명령 또는 이수명령은 성폭력범죄를 범한 사람이 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제21조에 따른 수강명령 또는 이수명령을 부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.
⑥ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령이 벌금형 또는 형의 집행유예와 병과된 경우에는 보호관찰소의 장이 집행하고, 징역형 이상의 실형(치료감호와 징역형 이상의 실형이 병과된 경우를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)과 병과된 경우에는 교정시설의 장 또는 치료감호시설의 장(이하 "교정시설등의 장"이라 한다)이 집행한다. 다만, 징역형 이상의 실형과 병과된 이수명령을 모두 이행하기 전에 석방 또는 가석방되거나 미결구금일수 산입 등의 사유로 형을 집행할 수 없게 된 경우에는 보호관찰소의 장이 남은 이수명령을 집행한다.
⑦ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 다음 각 호의 내용으로 한다.
1. 일탈적 이상행동의 진단·상담
2. 성에 대한 건전한 이해를 위한 교육
3. 그 밖에 성폭력범죄를 범한 사람의 재범예방을 위하여 필요한 사항
⑧ 성폭력범죄를 범한 사람으로서 형의 집행 중에 가석방된 사람은 가석방기간 동안 보호관찰을 받는다. 다만, 가석방을 허가한 행정관청이 보호관찰을 할 필요가 없다고 인정한 경우에는 그러하지 아니하다.
⑨ 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 및 이수명령에 관하여 이 법에서 규정한 사항 외의 사항에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」을 준용한다.

제17조(판결 전 조사)
① 법원은 성폭력범죄를 범한 피고인에 대하여 제16조에 따른 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 또는 이수명령을 부과하기 위하여 필요하다고 인정하면 그 법원의 소재지 또는 피고인의 주거지를 관할하는 보호관찰소의 장에게 피고인의 신체적·심리적 특성 및 상태, 정신성적 발달과정, 성장배경, 가정환경, 직업, 생활환경, 교우관계, 범행동기, 병력(病歷), 피해자와의 관계, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항의 조사를 요구할 수 있다.
② 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장은 지체 없이 이를 조사하여 서면으로 해당 법원에 알려야 한다. 이 경우 필요하다고 인정하면 피고인이나 그 밖의 관계인을 소환하여 심문하거나 소속 보호관찰관에게 필요한 사항을 조사하게 할 수 있다.
③ 법원은 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장에게 조사진행상황에 관한 보고를 요구할 수 있다

제18조(고소 제한에 대한 예외)
성폭력범죄에 대하여는 「형사소송법」 제224조(고소의 제한) 및 「군사법원법」 제266조에도 불구하고 자기 또는 배우자의 직계존속을 고소할 수 있다.

제19조
삭제

제20조(「형법」상 감경규정에 관한 특례)
음주 또는 약물로 인한 심신장애 상태에서 성폭력범죄(제2조제1항제1호의 죄는 제외한다)를 범한 때에는 「형법」 제10조제1항·제2항 및 제11조를 적용하지 아니할 수 있다.

제21조(공소시효에 관한 특례)
① 미성년자에 대한 성폭력범죄의 공소시효는 「형사소송법」 제252조제1항 및 「군사법원법」 제294조제1항에도 불구하고 해당 성폭력범죄로 피해를 당한 미성년자가 성년에 달한 날부터 진행한다.
② 제2조제3호 및 제4호의 죄와 제3조부터 제9조까지의 죄는 디엔에이(DNA)증거 등 그 죄를 증명할 수 있는 과학적인 증거가 있는 때에는 공소시효가 10년 연장된다.
③ 13세 미만의 사람 및 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 다음 각 호의 죄를 범한 경

우에는 제1항과 제2항에도 불구하고 「형사소송법」 제249조부터 제253조까지 및 「군사법원법」 제291조부터 제295조까지에 규정된 공소시효를 적용하지 아니한다.
1. 「형법」 제297조(강간), 제298조(강제추행), 제299조(준강간, 준강제추행), 제301조(강간등 상해·치상), 제301조의2(강간등 살인·치사) 또는 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
2. 제6조제2항, 제7조제2항 및 제5항, 제8조, 제9조의 죄
3. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제9조 또는 제10조의 죄

④ 다음 각 호의 죄를 범한 경우에는 제1항과 제2항에도 불구하고 「형사소송법」 제249조부터 제253조까지 및 「군사법원법」 제291조부터 제295조까지에 규정된 공소시효를 적용하지 아니한다.
1. 「형법」 제301조의2(강간등 살인·치사)의 죄(강간등 살인에 한정한다)
2. 제9조제1항의 죄
3. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제10조제1항의 죄
4. 「군형법」 제92조의8의 죄(강간 등 살인에 한정한다)

제22조(「특정강력범죄의 처벌에 관한 특례법」의 준용)
성폭력범죄에 대한 처벌절차에는 「특정강력범죄의 처벌에 관한 특례법」 제7조(증인에 대한 신변안전조치), 제8조(출판물 게재 등으로부터의 피해자 보호), 제9조(소송 진행의 협의), 제12조(간이공판절차의 결정) 및 제13조(판결선고)를 준용한다.

제23조(피해자, 신고인 등에 대한 보호조치)
법원 또는 수사기관이 성폭력범죄의 피해자, 성폭력범죄를 신고(고소·고발을 포함한다)한 사람을 증인으로 신문하거나 조사하는 경우에는 「특정범죄신고자 등 보호법」 제5조 및 제7조부터 제13조까지의 규정을 준용한다. 이 경우 「특정범죄신고자 등 보호법」 제9조와 제13조를 제외하고는 보복을 당할 우려가 있음을 요하지 아니한다.

제24조(피해자의 신원과 사생활 비밀 누설 금지)
① 성폭력범죄의 수사 또는 재판을 담당하거나 이에 관여하는 공무원 또는 그 직에 있었던 사람은 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있게 하는 인적사항과 사진 등 또는 그 피해자의 사생활에 관한 비밀을 공개하거나 다른 사람에게 누설하여서는 아니 된다.
② 누구든지 제1항에 따른 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있는 인적사항이나 사진 등을 피해자의 동의를 받지 아니하고 신문 등 인쇄물에 싣거나 「방송법」 제2조제1호에 따른 방송 또는 정보통신망을 통하여 공개하여서는 아니 된다.

제25조(피의자의 얼굴 등 공개)
① 검사와 사법경찰관은 성폭력범죄의 피의자가 죄를 범하였다고 믿을 만한 충분한 증거가 있고, 국민의 알권리 보장, 피의자의 재범 방지 및 범죄예방 등 오로지 공공의 이익을 위하여 필요할 때에는 얼굴, 성명 및 나이 등 피의자의 신상에 관한 정보를 공개할 수 있다. 다만, 피의자가 「청소년 보호법」 제2조제1호의 청소년에 해당하는 경우에는 공개하지 아니한다.
② 제1항에 따라 공개를 할 때에는 피의자의 인권을 고려하여 신중하게 결정하고 이를 남용하여서는 아니 된다.

제26조(성폭력범죄의 피해자에 대한 전담조사제)
① 검찰총장은 각 지방검찰청 검사장으로 하여금 성폭력범죄 전담 검사를 지정하도록 하여 특별한 사정이 없으면 이들로 하여금 피해자를 조사하게 하여야 한다.
② 경찰청장은 각 경찰서장으로 하여금 성폭력범죄 전담 사법경찰관을 지정하도록 하여 특별한 사정이 없으면 이들로 하여금 피해자를 조사하게 하여야 한다.
③ 국가는 제1항의 검사 및 제2항의 사법경찰관에게 성폭력범죄의 수사에 필요한 전문지식과 피해자보호를 위한 수사방법 및 수사절차, 아동 심리 및 아동·장애인 조사 면담기법 등에 관한 교육을 실시하여야 한다.
④ 성폭력범죄를 전담하여 조사하는 제1항의 검사 및 제2항의 사법경찰관은 19세 미만인 피해자나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 피해자(이하 "19세미만 피해자등"이라 한다)를 조사할 때에는 피해자의 나이, 인지적 발달 단계, 심리 상태, 장애 정도 등을

종합적으로 고려하여야 한다.

제27조(성폭력범죄 피해자에 대한 변호사 선임의 특례)

① 성폭력범죄의 피해자 및 그 법정대리인(이하 “피해자등”이라 한다)은 형사절차상 입을 수 있는 피해를 방어하고 법률적 조력을 보장하기 위하여 변호사를 선임할 수 있다.

② 제1항에 따른 변호사는 검사 또는 사법경찰관의 피해자등에 대한 조사에 참여하여 의견을 진술할 수 있다. 다만, 조사 도중에는 검사 또는 사법경찰관의 승인을 받아 의견을 진술할 수 있다.

③ 제1항에 따른 변호사는 피의자에 대한 구속 전 피의자심문, 증거보전절차, 공판준비기일 및 공판절차에 출석하여 의견을 진술할 수 있다. 이 경우 필요한 절차에 관한 구체적 사항은 대법원규칙으로 정한다.

④ 제1항에 따른 변호사는 증거보전 후 관계 서류나 증거물, 소송계속 중의 관계 서류나 증거물을 열람하거나 등사할 수 있다.

⑤ 제1항에 따른 변호사는 형사절차에서 피해자등의 대리가 허용될 수 있는 모든 소송행위에 대한 포괄적인 대리권을 가진다.

⑥ 검사는 피해자에게 변호사가 없는 경우 국선변호사를 선정하여 형사절차에서 피해자의 권익을 보호할 수 있다. 다만, 19세미만피해자등에게 변호사가 없는 경우에는 국선변호사를 선정하여야 한다.

제28조(성폭력범죄에 대한 전담재판부)

지방법원장 또는 고등법원장은 특별한 사정이 없으면 성폭력범죄 전담재판부를 지정하여 성폭력범죄에 대하여 재판하게 하여야 한다.

제29조(수사 및 재판절차에서의 배려)

① 수사기관과 법원 및 소송관계인은 성폭력범죄를 당한 피해자의 나이, 심리 상태 또는 후유장애의 유무 등을 신중하게 고려하여 조사 및 심리·재판 과정에서 피해자의 인격이나 명예가 손상되거나 사적인 비밀이 침해되지 아니하도록 주의하여야 한다.

② 수사기관과 법원은 성폭력범죄의 피해자를 조사하거나 심리·재판할 때 피해자가 편안한 상태에서 진술할 수 있는 환경을 조성하여야 하며, 조사 및 심리·재판 횟수는 필요한 범위에서 최소한으로 하여야 한다.

③ 수사기관과 법원은 조사 및 심리·재판 과정에서 19세미만피해자등의 최상의 이익을 고려하여 다음 각 호에 따른 보호조치를 하도록 노력하여야 한다.

1. 19세미만피해자등의 진술을 듣는 절차가 타당한 이유 없이 지연되지 아니하도록 할 것
2. 19세미만피해자등의 진술을 위하여 아동 등에게 친화적으로 설계된 장소에서 피해자 조사 및 증인신문을 할 것
3. 19세미만피해자등이 피의자 또는 피고인과 접촉하거나 마주치지 아니하도록 할 것
4. 19세미만피해자등에게 조사 및 심리·재판 과정에 대하여 명확하고 충분히 설명할 것
5. 그 밖에 조사 및 심리·재판 과정에서 19세미만피해자등의 보호 및 지원 등을 위하여 필요한 조치를 할 것

제30조(19세미만피해자등 진술 내용 등의 영상녹화 및 보존 등)

① 검사 또는 사법경찰관은 19세미만피해자등의 진술 내용과 조사 과정을 영상녹화장치로 녹화(녹음이 포함된 것을 말하며, 이하 “영상녹화”라 한다)하고, 그 영상녹화물을 보존하여야 한다.

② 검사 또는 사법경찰관은 19세미만피해자등을 조사하기 전에 다음 각 호의 사실을 피해자의 나이, 인지적 발달 단계, 심리 상태, 장애 정도 등을 고려한 적절한 방식으로 피해자에게 설명하여야 한다.

1. 조사 과정이 영상녹화된다는 사실
2. 영상녹화된 영상녹화물이 증거로 사용될 수 있다는 사실

③ 제1항에도 불구하고 19세미만피해자등 또는 그 법정대리인(법정대리인이 가해자이거나 가해자의 배우자인 경우는 제외한다)이 이를 원하지 아니하는 의사를 표시하는 경우에는 영상녹화를 하여서는 아니 된다.

④ 검사 또는 사법경찰관은 제1항에 따른 영상녹화를 마쳤을 때에는 지체 없이 피해자 또는 변호사 앞에서 봉인하고 피해자로 하여금 기명날인 또는 서명하게 하여야 한다.

⑤ 검사 또는 사법경찰관은 제1항에 따른 영상녹화 과정의 진행 경과를 조서(별도의 서면을 포함한다. 이

하 같다)에 기록한 후 수사기록에 편철하여야 한다.
⑥ 제5항에 따라 영상녹화 과정의 진행 경과를 기록할 때에는 다음 각 호의 사항을 구체적으로 적어야 한다.
1. 피해자가 영상녹화 장소에 도착한 시각
2. 영상녹화를 시작하고 마친 시각
3. 그 밖에 영상녹화 과정의 진행경과를 확인하기 위하여 필요한 사항
⑦ 검사 또는 사법경찰관은 19세미만피해자등이나 그 법정대리인이 신청하는 경우에는 영상녹화 과정에서 작성한 조서의 사본 또는 영상녹화물에 녹음된 내용을 옮겨 적은 녹취서의 사본을 신청인에게 발급하거나 영상녹화물을 재생하여 시청하게 하여야 한다.
⑧ 누구든지 제1항에 따라 영상녹화한 영상녹화물을 수사 및 재판의 용도 외에 다른 목적으로 사용하여서는 아니 된다.
⑨ 제1항에 따른 영상녹화의 방법에 관하여는 「형사소송법」 제244조의2제1항 후단을 준용한다.

제31조(심리의 비공개)
① 성폭력범죄에 대한 심리는 그 피해자의 사생활을 보호하기 위하여 결정으로써 공개하지 아니할 수 있다.
② 증인으로 소환받은 성폭력범죄의 피해자와 그 가족은 사생활보호 등의 사유로 증인신문의 비공개를 신청할 수 있다.
③ 재판장은 제2항에 따른 신청을 받으면 그 허가 및 공개 여부, 법정 외의 장소에서의 신문 등 증인의 신문 방식 및 장소에 관하여 결정할 수 있다.
④ 제1항 및 제3항의 경우에는 「법원조직법」 제57조(재판의 공개)제2항·제3항 및 「군사법원법」 제67조제2항·제3항을 준용한다. 〈개정 2013. 4. 5.〉

제32조(증인지원시설의 설치·운영 등)
① 각급 법원은 증인으로 법원에 출석하는 피해자등이 재판 전후에 피고인이나 그 가족과 마주치지 아니하도록 하고, 보호와 지원을 받을 수 있는 적절한 시설을 설치한다.
② 각급 법원은 제1항의 시설을 관리·운영하고 피해자등의 보호와 지원을 담당하는 직원(이하 "증인지원관"이라 한다)을 둔다.
③ 법원은 증인지원관에 대하여 인권 감수성 향상에 필요한 교육을 정기적으로 실시한다.
④ 증인지원관의 업무·자격 및 교육 등에 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다.

제33조(전문가의 의견 조회)
① 법원은 정신건강의학과의사, 심리학자, 사회복지학자, 그 밖의 관련 전문가로부터 행위자 또는 피해자의 정신·심리 상태에 대한 진단 소견 및 피해자의 진술 내용에 관한 의견을 조회할 수 있다.
② 법원은 성폭력범죄를 조사·심리할 때에는 제1항에 따른 의견 조회의 결과를 고려하여야 한다.
③ 법원은 법원행정처장이 정하는 관련 전문가 후보자 중에서 제1항에 따른 전문가를 지정하여야 한다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정은 수사기관이 성폭력범죄를 수사하는 경우에 준용한다. 다만, 피해자가 13세 미만이거나 신체적인 또는 정신적인 장애로 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 미약한 경우에는 관련 전문가에게 피해자의 정신·심리 상태에 대한 진단 소견 및 진술 내용에 관한 의견을 조회하여야 한다.
⑤ 제4항에 따라 준용할 경우 "법원행정처장"은 "검찰총장 또는 경찰청장"으로 본다.

제34조(신뢰관계에 있는 사람의 동석)
① 법원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 피해자를 증인으로 신문하는 경우에 검사, 피해자 또는 그 법정대리인이 신청할 때에는 재판에 지장을 줄 우려가 있는 등 부득이한 경우가 아니면 피해자와 신뢰관계에 있는 사람을 동석하게 하여야 한다.
1. 제3조부터 제8조까지, 제10조, 제14조, 제14조의2, 제14조의3, 제15조(제9조의 미수범은 제외한다) 및 제15조의2에 따른 범죄의 피해자
2. 19세미만피해자등
② 제1항은 수사기관이 같은 항 각 호의 피해자를 조사하는 경우에 관하여 준용한다.
③ 제1항 및 제2항의 경우 법원과 수사기관은 피해자와 신뢰관계에 있는 사람이 피해자에게 불리하거나

피해자가 원하지 아니하는 경우에는 동석하게 하여서는 아니 된다.

제35조(진술조력인 양성 등)

① 법무부장관은 의사소통 및 의사표현에 어려움이 있는 성폭력범죄의 피해자에 대한 형사사법절차에서의 조력을 위하여 진술조력인을 양성하여야 한다.

② 진술조력인은 정신건강의학, 심리학, 사회복지학, 교육학 등 아동·장애인의 심리나 의사소통 관련 전문지식이 있거나 관련 분야에서 상당 기간 종사한 사람으로 법무부장관이 정하는 교육을 이수하여야 한다. 진술조력인의 자격, 양성 및 배치 등에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

③ 법무부장관은 제1항에 따라 양성한 진술조력인 명부를 작성하여야 한다.

제35조의2(진술조력인의 결격사유)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 진술조력인이 될 수 없다.

1. 피성년후견인
2. 금고 이상의 실형을 선고받고 그 집행이 종료(집행이 종료된 것으로 보는 경우를 포함한다)되거나 집행이 면제된 날부터 5년이 지나지 아니한 사람
3. 금고 이상의 형의 집행을 유예받고 그 유예기간이 완료된 날부터 2년이 지나지 아니한 사람
4. 금고 이상의 형의 선고를 유예받고 그 유예기간 중에 있는 사람
5. 제2호부터 제4호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 범죄를 저지른 사람으로서 형 또는 치료감호를 선고받고 확정된 후 그 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행이 끝나거나(집행이 끝난 것으로 보는 경우를 포함한다) 집행이 유예·면제된 날부터 10년이 지나지 아니한 사람
   가. 제2조에 따른 성폭력범죄
   나. 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 아동·청소년대상 성범죄
   다. 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조제4호에 따른 아동학대범죄
   라. 「장애인복지법」 제86조, 제86조의2 및 제87조의 죄
6. 제35조의3(이 조 제1호에 해당하게 되어 제35조의3제1항제2호에 따라 진술조력인의 자격이 취소된 경우는 제외한다)에 따라 진술조력인 자격이 취소된 후 3년이 지나지 아니한 사람

제35조의3(진술조력인의 자격취소)

① 법무부장관은 진술조력인 자격을 가진 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 자격을 취소할 수 있다. 다만, 제1호 또는 제2호에 해당하는 경우에는 그 자격을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 자격을 취득한 사실이 드러난 경우
2. 제35조의2 각 호의 결격사유 중 어느 하나에 해당하게 된 경우
3. 제38조에 따른 진술조력인의 의무를 위반한 경우
4. 고의나 중대한 과실로 업무 수행에 중대한 지장이 발생하게 된 경우
5. 진술조력인의 업무 수행과 관련하여 부당한 금품을 수령하는 등 부정한 행위를 한 경우
6. 정당한 사유 없이 법무부령으로 정하는 교육을 이수하지 않은 경우
7. 그 밖에 진술조력인의 업무를 수행할 수 없는 중대한 사유가 발생한 경우

② 법무부장관은 제1항에 따라 진술조력인 자격을 취소하려는 경우에는 해당 진술조력인에게 자격 취소 예정인 사실과 그 사유를 통보하여야 한다. 이 경우 통보를 받은 진술조력인은 법무부에 출석하여 소명(疏明)하거나 소명에 관한 의견서를 제출할 수 있다.

③ 법무부장관은 제2항 후단에 따라 진술조력인이 소명하거나 소명에 관한 의견서를 제출한 경우 진술조력인 자격 취소 여부를 결정하기 위하여 외부 전문가의 의견을 들을 수 있다.

④ 법무부장관은 제1항에 따라 진술조력인 자격을 취소한 경우에는 즉시 그 사람에게 진술조력인 자격 취소의 사실 및 그 사유를 서면으로 알려주어야 한다.

⑤ 제1항에 따라 진술조력인 자격이 취소된 사람의 자격증 반납에 관해서는 법무부령으로 정한다.

제36조(진술조력인의 수사과정 참여)

① 검사 또는 사법경찰관은 성폭력범죄의 피해자가 19세미만피해자등인 경우 형사사법절차에서의 조력과 원활한 조사를 위하여 직권이나 피해자, 그 법정대리인 또는 변호사의 신청에 따라 진술조력인으로 하여금 조사과정에 참여하여 의사소통을 중개하거나 보조하게 할 수 있다. 다만, 피해자 또는 그 법정대

리인이 이를 원하지 아니하는 의사를 표시한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 검사 또는 사법경찰관은 제1항의 피해자를 조사하기 전에 피해자, 법정대리인 또는 변호사에게 진술조력인에 의한 의사소통 중개나 보조를 신청할 수 있음을 고지하여야 한다.
③ 진술조력인은 조사 전에 피해자를 면담하여 진술조력인 조력 필요성에 관하여 평가한 의견을 수사기관에 제출할 수 있다.
④ 제1항에 따라 조사과정에 참여한 진술조력인은 피해자의 의사소통이나 표현 능력, 특성 등에 관한 의견을 수사기관이나 법원에 제출할 수 있다.
⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정은 검증에 관하여 준용한다.
⑥ 그 밖에 진술조력인의 수사절차 참여에 관한 절차와 방법 등 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

제37조(진술조력인의 재판과정 참여)
① 법원은 성폭력범죄의 피해자가 19세미만피해자등인 경우 형사사법절차에서의 조력과 원활한 증인 신문을 위하여 직권 또는 검사, 피해자, 그 법정대리인 및 변호사의 신청에 의한 결정으로 진술조력인으로 하여금 증인 신문에 참여하여 중개하거나 보조하게 할 수 있다.
② 법원은 증인이 제1항에 해당하는 경우에는 신문 전에 피해자, 법정대리인 및 변호사에게 진술조력인에 의한 의사소통 중개나 보조를 신청할 수 있음을 고지하여야 한다.
③ 진술조력인의 소송절차 참여에 관한 구체적 절차와 방법은 대법원규칙으로 정한다.

제38조(진술조력인의 의무)
① 진술조력인은 수사 및 재판 과정에 참여함에 있어 중립적인 지위에서 상호간의 진술이 왜곡 없이 전달될 수 있도록 노력하여야 한다.
② 진술조력인은 그 직무상 알게 된 피해자의 주소, 성명, 나이, 직업, 학교, 용모, 그 밖에 피해자를 특정하여 파악할 수 있게 하는 인적사항과 사진 및 사생활에 관한 비밀을 공개하거나 다른 사람에게 누설하여서는 아니 된다.

제39조(벌칙적용에 있어서 공무원의 의제)
진술조력인은 「형법」 제129조부터 제132조까지에 따른 벌칙의 적용에 있어서 이를 공무원으로 본다.

제40조(비디오 등 중계장치에 의한 증인신문)
① 법원은 제2조제1항제3호부터 제5호까지의 범죄의 피해자를 증인으로 신문하는 경우 검사와 피고인 또는 변호인의 의견을 들어 비디오 등 중계장치에 의한 중계를 통하여 신문할 수 있다.
② 제1항에 따른 증인신문의 절차 · 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다.

제41조(증거보전의 특례)
① 피해자나 그 법정대리인 또는 사법경찰관은 피해자가 공판기일에 출석하여 증언하는 것에 현저히 곤란한 사정이 있을 때에는 그 사유를 소명하여 제30조에 따라 영상녹화된 영상녹화물 또는 그 밖의 다른 증거에 대하여 해당 성폭력범죄를 수사하는 검사에게 「형사소송법」 제184조(증거보전의 청구와 그 절차)제1항에 따른 증거보전의 청구를 할 것을 요청할 수 있다. 이 경우 피해자가 19세미만피해자등인 경우에는 공판기일에 출석하여 증언하는 것에 현저히 곤란한 사정이 있는 것으로 본다.
② 제1항의 요청을 받은 검사는 그 요청이 타당하다고 인정할 때에는 증거보전의 청구를 할 수 있다. 다만, 19세미만피해자등이나 그 법정대리인이 제1항의 요청을 하는 경우에는 특별한 사정이 없는 한 「형사소송법」 제184조제1항에 따라 관할 지방법원판사에게 증거보전을 청구하여야 한다.

심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률

제13조(권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터의 지정 등)
① 보건복지부장관은 다음 각 호의 사업을 수행하기 위하여 「의료법」 제3조의3에 따른 종합병원 중에서 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터를 지정할 수 있다.
1. 중증 응급 심뇌혈관질환자 중심 진료 및 조기재활
2. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환 관련 예방, 진료 및 재활 등에 대한 조사 · 연구

3. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환조사통계사업 관련 자료의 수집 · 분석 및 제공
4. 권역 또는 지역 내 심뇌혈관질환의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육
5. 그 밖에 심뇌혈관질환관리에 필요한 사업으로서 보건복지부장관이 정하는 사업

② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 의료기관에 대하여 지정기준, 운영실적 등을 평가할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 평가결과를 고려하여 3년마다 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터로 재지정할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제17조에 따른 지도 · 감독을 따르지 아니한 경우 시정을 명할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소할 수 있다.

1. 제1항에 따른 사업을 수행하지 아니하거나 제4항에 따른 시정명령을 이행하지 아니한 경우
2. 제6항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
3. 제17조에 따른 지도 · 감독을 따르지 아니한 경우
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유에 해당한 경우

⑥ 권역심뇌혈관질환센터 또는 지역심뇌혈관질환센터의 지정 · 재지정의 기준 · 방법 · 절차 및 지정 취소의 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제17조(지도 · 감독 등)

보건복지부장관은 심뇌혈관질환센터의 사업 수행을 지도 · 감독하며, 심뇌혈관질환센터의 장에게 사업의 실적 및 운영실태에 관하여 필요한 사항을 보고하게 하거나 필요한 서류의 제출을 명할 수 있다.

아동 · 청소년의 성보호에 관한 법률

제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)

① 폭행 또는 협박으로 아동·청소년을 강간한 사람은 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

② 아동·청소년에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제298조의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제299조의 죄를 범한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑤ 위계(僞計) 또는 위력으로써 아동·청소년을 간음하거나 아동·청소년을 추행한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 미수범은 처벌한다.

아동복지법

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

7. "아동학대"란 보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적 · 정신적 · 성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동의 보호자가 아동을 유기하거나 방임하는 것을 말한다.

7의2. "아동학대관련범죄"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 죄를 말한다.

가. 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조제4호에 따른 아동학대범죄
나. 아동에 대한 「형법」 제2편제24장 살인의 죄 중 제250조부터 제255조까지의 죄

암관리법

제27조(국립암센터 설립 등)
① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립 · 운영한다.
② 국립암센터는 법인으로 한다.
③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙

제3조(보호구역의 지정)
① 초등학교등의 장은 별지 제1호서식의 어린이 보호구역 지정 신청서에 따라 특별시장 · 광역시장 · 특별자치도지사 또는 시장 · 군수(광역시의 군수는 제외한다. 이하 "시장등"이라 한다)에게 초등학교등의 주변도로를 어린이 보호구역으로 지정하여 줄 것을 신청할 수 있다. 다만, 개교 또는 개원을 하기 전의 초등학교등의 경우에는 교육감이나 구청장(구청장은 자치구의 구청장을 말하며, 어린이집에만 해당한다)이 어린이 보호구역의 지정을 신청할 수 있다.
② 노인복지시설등을 설립 · 운영하는 자는 별지 제2호서식의 노인 보호구역 지정 신청서에 따라 시장등에게 노인복지시설등의 주변도로를 노인 보호구역으로 지정하여 줄 것을 신청할 수 있다.
③ 장애인복지시설을 설립 · 운영하는 자는 별지 제3호서식의 장애인 보호구역 지정 신청서에 따라 시장등에게 장애인복지시설의 주변도로를 장애인 보호구역으로 지정하여 줄 것을 신청할 수 있다.
④ 시장등은 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 「도로교통법」 제12조 및 제12조의2에 따른 어린이 보호구역, 노인 보호구역 및 장애인 보호구역(이하 "보호구역"이라 한다)의 지정 신청을 받았을 때에는 다음 각 호의 사항을 조사하여야 한다.
1. 보호구역 지정대상시설 주변 도로의 자동차 통행량 및 주차 수요
2. 보호구역 지정대상시설 주변 도로의 신호기 · 안전표지(이하 "교통안전시설"이라 한다) 및 도로부속물 설치현황
3. 보호구역 지정대상시설 주변 도로에서의 연간 교통사고 발생현황
4. 보호구역 지정대상시설 주변 도로를 통행하는 어린이, 노인 또는 장애인의 수와 통행로의 체계 등
⑤ 시장등은 제4항 각 호의 사항을 조사하기 위해 시·도경찰청장 또는 경찰서장 등 관련 행정기관 또는 공공기관에 필요한 자료를 요청할 수 있다.
⑥ 시장등은 제4항에 따른 조사 결과 보호구역으로 지정 · 관리할 필요가 인정되는 경우에는 관할 시·도경찰청장 또는 경찰서장과 협의하여 해당 보호구역 지정대상시설의 주(主) 출입문을 중심으로 반경 300미터 이내의 도로 중 일정구간을 보호구역으로 지정한다. 다만, 시장등은 해당 지역의 교통여건 및 효과성 등을 면밀히 검토하여 필요한 경우 보호구역 지정대상시설의 주 출입문을 중심으로 반경 500미터 이내의 도로에 대해서도 보호구역으로 지정할 수 있다.
⑦ 시장등은 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 교통사고의 위험으로부터 어린이, 노인 또는 장애인을 보호하여야 할 필요성이 특별히 인정되는 경우에는 제4항 각 호의 사항에 대한 조사를 거쳐 직접 보호구역 지정대상시설의 주변도로를 보호구역으로 지정할 수 있다. 이 경우 자료의 요청 및 지정범위 등에 관하여는 제5항 및 제6항을 준용한다.

여객자동차 운수사업법 시행령

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.

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
   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.

유아교육법 시행령

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.
   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.

제14조(휴업일 등)

① 법 제12조제3항에 따라 유치원의 휴업일은 원장이 매 학년도가 시작되기 전에 보호자의 요구 및 지역 실정을 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.

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)
① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치 · 운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 등을 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.
② 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)
「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 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

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)
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(적용 배제)

① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병 · 부상 · 재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제10조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 “급여대상 본인부담금”이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목 · 마목, 같은 표 제2호마목 · 바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장 · 군수 · 구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

제15조(의료급여의 제한)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장 · 군수 · 구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우

② 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.

③ 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일

을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.
⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

의료법

제2조(의료인)
① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 간호사를 말한다.
② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
다. 간호 요구자에 대한 교육 · 상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)
① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 의원
나. 치과의원
다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육 · 상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원
나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
④ 삭제 <2009.1.30.>
⑤ 삭제 <2009.1.30.>
⑥ 삭제 <2009.1.30.>
⑦ 삭제 <2009.1.30.>
⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한

다.
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.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
1. 제28조제1항에 따른 의사회 · 치과의사회 · 한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호 및 제14호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표3] 의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원/병원/요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	

[별표 4] 의료기관의 시설규격

1. 입원실

가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
다. 삭제 〈2017. 2. 3.〉
라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다. 이 경우 입원실 내 화장실에 손씻기 시설이 있는 경우에는 입원실에 손씻기 시설을 설치한 것으로 본다.
바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
자. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

1의2. 임종실

임종실의 면적은 벽기둥화장실의 면적을 제외하고 10제곱미터 이상으로 하고, 1명의 환자만 수용해야 하며, 가족 등과 함께 임종을 준비할 수 있는 공간을 갖춰야 한다.

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

3. 수술실

가. 수술실은 수술실 상호 간에 칸막이벽으로 구획되어야 하고, 각 수술실에는 하나의 수술대만 두어

야 하며, 환자의 감염을 방지하기 위하여 먼지와 세균 등이 제거된 청정한 공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부 벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖추어야 하고, 바닥은 접지가 되도록 하여야 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.

나. 수술실에는 기도 내 삽관유지장치, 인공호흡기, 마취환자의 호흡감시장치, 심전도 모니터 장치를 갖추어야 한다.

다. 수술실 내 또는 수술실에 인접한 장소에 상용전원이 정전된 경우 나목에 따른 장치를 작동할 수 있는 축전지 또는 발전기 등의 예비전원설비를 갖추어야 한다. 다만, 나목에 따른 장치에 축전지가 내장되어 있는 경우에는 예비전원설비를 갖춘 것으로 본다.

4. 응급실

외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 산실(産室)이나 수술실로부터 격리되어야 하며, 구급용 시설을 갖추어야 한다.

5. 임상검사실

임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설·장비를 갖추어야 한다.

6. 방사선 장치

가. 방사선 촬영투시 및 치료를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 위해(危害) 방호시설(防護施設)을 갖추어야 한다.

나. 방사선 사진필름을 현상·건조하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 시설을 갖춘 건조실을 갖추어야 한다.

다. 방사선 사진필름을 판독하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 설비가 있는 판독실을 갖추어야 한다.

7. 회복실

수술 후 환자의 회복과 사후 처리를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 이에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

8. 물리치료실

물리요법을 시술하는 데에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련, 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

9. 한방요법실

경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.

10. 병리해부실

병리·병원에 관한 세포학검사·생검 및 해부를 할 수 있는 시설과 기구를 갖추어 두어야 한다.

11. 조제실

약품의 소분(小分)·혼합조제 및 생약의 보관, 혼합약제에 필요한 조제대 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.

11의2. 탕전실

가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.

나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.

다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.

마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.

바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

12. 의무기록실
의무기록(외래·입원·응급 환자 등의 기록)을 보존기간에 따라 비치하여 기록·관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 설치하여야 한다.
13. 소독시설
증기·가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계기구를 갖추어 두고, 위생재료·붕대 등을 집중 공급하는 데에 적합한 시설을 갖추어야 한다.
14. 급식시설
가. 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리, 보관, 식기 세척, 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비와 공간을 갖추어야 한다.
나. 식품저장실은 환기와 통풍이 잘 되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
다. 급식 관련 종사자가 이용하기 편리한 준비실·탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.
15. 세탁물 처리시설
「의료기관세탁물관리규칙」에서 정하는 적합한 시설과 규모를 갖추어야 한다.
16. 시체실
시체의 부패 방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.
17. 의료폐기물 처리시설
「폐기물관리법 시행규칙」 제14조에 따른 시설과 규모를 갖추어야 한다.
18. 자가발전시설
공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 해당 의료기관의 필요한 곳에 전기를 공급할 수 있는 자가발전 시설을 갖추어야 한다.
19. 구급자동차
보건복지부장관이 정하는 산소통·산소호흡기와 그 밖에 필요한 장비를 갖추고 환자를 실어 나를 수 있어야 한다.
20. 그 밖의 시설
가. 장례식장의 바닥면적은 해당 의료기관의 연면적의 5분의 1을 초과하지 못한다.
나. 요양병원의 식당 등 모든 시설에는 휠체어가 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 하며, 복도에는 병상이 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 한다.
다. 별표 3 제20호나목에 따라 엘리베이터를 설치하여야 하는 경우에는 「승강기시설 안전관리법 시행규칙」 별표 1에 따른 침대용 엘리베이터를 설치하여야 하며, 층간 경사로를 설치하는 경우에는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률 시행규칙」 별표 1에 따른 경사로 규격에 맞아야 한다.
라. 요양병원의 복도 등 모든 시설의 바닥은 문턱이나 높이차이가 없어야 하고, 불가피하게 문턱이나 높이차이가 있는 경우 환자가 이동하기 쉽도록 경사로를 설치하여야 하며, 복도, 계단, 화장실 대·소변기, 욕실에는 안전을 위한 손잡이를 설치하여야 한다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」 제9조에 따라 요양병원에 출입구·문, 복도, 계단을 설치하는 경우에 그 시설은 같은 법에 따른 기준에도 맞아야 한다.
마. 요양병원의 입원실, 화장실, 욕실에는 환자가 의료인을 신속하게 호출할 수 있도록 병상, 변기, 욕조 주변에 비상연락장치를 설치하여야 한다.
바. 요양병원의 욕실
1) 병상이 이동할 수 있는 공간 및 보조인력이 들어가 목욕을 시킬 수 있는 공간을 확보하여야 한다.
2) 적정한 온도의 온수가 지속적으로 공급되어야 하고, 욕조를 설치할 경우 욕조에 환자의 전신이 잠기지 않는 깊이로 하여야 한다.
사. 요양병원의 외부로 통하는 출입구에 잠금장치를 갖추되, 화재 등 비상시에 자동으로 열릴 수 있도록 하여야 한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승 용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.5미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고 출력이 80킬로와트) 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·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승 합 자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터· 높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터 ·너비 1.7미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화 물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.5미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	최대 적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대 적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대 적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특 수 자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이 륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시 (최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종 류	유 형 별	세 부 기 준
승 용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	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
승 합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화 물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특 수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이 륜 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 제3조제1항 제5호에서 "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 하이브리드 자동차는 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.

자동차손해배상 보장법 시행령

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.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표1 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.
   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.
   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.

장애인복지법

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.

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.

④ 삭제 〈2024. 1. 09.〉

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

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 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

⑦ 삭제 〈2021. 7. 27.〉

⑧ 제1항, 제3항, 제5항 및 제6항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

⑨ 제1항, 제3항, 제5항, 제6항 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행령

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.

② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

[별표1] 장애인의 종류 및 기준(제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障碍人)
   가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
   나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
   다. 한 다리를 가로발목뼈관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
   라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
   마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
   바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
   사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人)
   뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인(視覺障碍人)
   가. 나쁜 눈의 시력(공인된 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람

나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
마. 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람
4. 청각장애인(聽覺障碍人)
가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障碍人)
음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인(知的障碍人)
정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성장애인(自閉性障碍人)
소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 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
9. 신장장애인(腎臟障碍人)
신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 심장장애인(心臟障碍人)
심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
11. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 간장애인(肝障碍人)
간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
13. 안면장애인(顔面障碍人)
안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障碍人)
배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
15. 뇌전증장애인(腦電症障碍人)
뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

전자서명법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적

으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법

제80조(교육지원청에 관한 특례)

① 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제1항에도 불구하고 제주자치도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 각 행정시를 관할구역으로 하는 교육지원청을 둔다.
② 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제2항 및 제4항에도 불구하고 교육지원청의 관할구역과 명칭, 조직과 운영 등은 도조례로 정한다.
③ 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제3항 및 「교육공무원법」 제58조에도 불구하고 교육지원청에 교육장을 두며, 교육장을 임명할 때에는 후보자를 공개모집할 수 있다.
④ 제3항에 따라 공개모집하는 교육장의 자격, 공개모집절차, 후보자의 심사 등에 필요한 사항은 도조례로 정한다.

지방교육자치에 관한 법률

제34조(하급교육행정기관의 설치 등)

① 시·도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 1개 또는 2개 이상의 시·군 및 자치구를 관할구역으로 하는 하급교육행정기관으로서 교육지원청을 둔다.
② 교육지원청의 관할구역과 명칭은 대통령령으로 정한다.
③ 교육지원청에 교육장을 두되 장학관으로 보하고, 그 임용에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
④교육지원청의 조직과 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)
지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

초·중등교육법

제2조(학교의 종류)
초 · 중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.
1. 초등학교
2. 중학교 · 고등공민학교
3. 고등학교 · 고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

제13조(취학 의무)
① 모든 국민은 보호하는 자녀 또는 아동이 6세가 된 날이 속하는 해의 다음 해 3월 1일에 그 자녀 또는 아동을 초등학교에 입학시켜야 하고, 초등학교를 졸업할 때까지 다니게 하여야 한다.
② 모든 국민은 제1항에도 불구하고 그가 보호하는 자녀 또는 아동이 5세가 된 날이 속하는 해의 다음 해 또는 7세가 된 날이 속하는 해의 다음 해에 그 자녀 또는 아동을 초등학교에 입학시킬 수 있다. 이 경우에도 그 자녀 또는 아동이 초등학교에 입학한 해의 3월 1일부터 졸업할 때까지 초등학교에 다니게 하여야 한다.
③ 모든 국민은 보호하는 자녀 또는 아동이 초등학교를 졸업한 학년의 다음 학년 초에 그 자녀 또는 아동을 중학교에 입학시켜야 하고, 중학교를 졸업할 때까지 다니게 하여야 한다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 취학 의무의 이행과 이행 독려 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제14조(취학 의무의 면제 등)
① 질병 · 발육 상태 등 부득이한 사유로 취학이 불가능한 의무교육대상자에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제13조에 따른 취학 의무를 면제하거나 유예할 수 있다.
② 제1항에 따라 취학 의무를 면제받거나 유예받은 사람이 다시 취학하려면 대통령령으로 정하는 바에 따라 학습능력을 평가한 후 학년을 정하여 취학하게 할 수 있다.

제43조의2(방송통신중학교)
① 중학교 또는 고등학교에 방송통신중학교를 부설할 수 있다.
② 방송통신중학교의 설치 · 교육방법 · 수업연한, 그 밖에 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제51조(방송통신고등학교)
① 고등학교에 방송통신고등학교를 부설할 수 있다.
② 방송통신고등학교의 설치, 교육방법, 수업연한, 그 밖에 그 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

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.

초·중등교육법 시행령

제15조(취학아동명부의 작성 등)
① 읍·면·동의 장은 매년 10월 1일 현재 그 관내에 거주하는 자로서 그 해 1월 1일부터 12월 31일까지 연령이 6세에 달하는 자(법 제13조제2항 전단에 따라 5세가 된 날이 속하는 해의 다음 해에 초등학교에 입학하여 취학 중인 자는 제외한다)를 조사하여 그 해 10월 31일까지 취학아동명부를 작성하여야 한다. 이 경우 제3항에 따라 6세가 되는 날이 속하는 해에 입학연기를 신청하여 취학아동명부에서 제외된 자는 포함하여야 한다.
② 법 제13조제2항 전단에 따라 5세가 된 날이 속하는 해의 다음 해에 입학을 원하는 자녀 또는 아동의 보호자는 자녀 또는 아동의 연령이 5세에 달하는 날이 속하는 해의 10월 1일부터 12월 31일까지 읍·면·동의 장에게 조기입학신청서를 제출하여야 한다.
③ 법 제13조제2항 전단에 따라 7세가 되는 날이 속하는 해의 다음 해에 입학을 원하는 자녀 또는 아동의 보호자는 자녀 또는 아동의 연령이 6세가 되는 날이 속하는 해의 10월 1일부터 12월 31일까지 읍·면·동의 장에게 입학연기신청서를 제출하여야 한다.
④ 제2항 또는 제3항에 따른 조기입학신청서 또는 입학연기신청서를 제출받은 읍·면·동의 장은 조기입학대상자는 취학아동명부에 등재하여야 하고, 입학연기대상자는 취학아동명부에서 제외하여야 한다. 이 경우 입학연기대상자 명단을 교육장에게 통보하여야 한다.
⑤ 읍·면·동의 장이 제1항의 규정에 의하여 취학아동명부를 작성한 때에는 10일이상의 기간을 정하여 아동의 보호자가 이를 열람할 수 있도록 필요한 조치를 하여야 한다.
⑥ 읍·면·동의 장은 다음해 3월 1일에 취학할 아동이 제1항의 규정에 의한 취학아동명부의 작성기준일 후 그 관내로 전입한 때에는 지체없이 이를 취학아동명부에 등재하여야 한다.
⑦ 제1항부터 제6항까지의 규정에 따른 취학아동의 조사 및 명부작성에 관하여 필요한 사항은 교육감이 정한다.

제28조(취학 의무의 면제·유예)
① 법 제14조에 따라 취학 의무를 면제 또는 유예받으려는 아동이나 학생의 보호자는 해당 아동이나 학생이 취학할 예정이거나 취학 중인 학교의 장에게 취학 의무의 면제 또는 유예를 신청하여야 한다.
② 제1항에 따라 취학 의무의 면제 또는 유예 신청을 받은 학교의 장은 의무교육관리위원회의 심의를 거쳐 취학 의무의 면제 또는 유예를 결정한다.
③ 제1항에도 불구하고 아동이나 학생의 보호자가 행방불명 등 부득이한 사유로 취학 의무의 면제 또는 유예를 신청할 수 없는 경우에는 해당 아동이나 학생이 취학할 예정이거나 취학 중인 학교의 장이 그 사유를 확인한 후 의무교육관리위원회의 심의를 거쳐 취학 의무의 면제 또는 유예를 결정할 수 있다.
④ 초등학교 및 중학교의 장은 제2항 또는 제3항에 따른 취학 의무의 면제 또는 유예의 결정을 하는 경우에는 교육감이 정하는 질병이나 그 밖의 부득이한 사유가 있는 경우에 한정하여 하여야 한다.
⑤ 초등학교 및 중학교의 장은 제2항 및 제3항에 따라 취학 의무의 면제 또는 유예를 결정하였을 때에는 초등학교의 경우에는 보호자, 읍·면·동의 장 및 교육장에게, 중학교의 경우에는 보호자 및 교육장에게 각각 그 내용을 통보하여야 한다. 다만, 보호자에 대한 통보의 경우 보호자의 행방불명 등의 사유로 그 내용을 통보할 수 없는 경우에는 그러하지 아니하다.
⑥ 취학 의무의 유예는 1년 이내로 한다. 다만, 특별한 사유가 있는 경우에는 다시 유예하거나 유예기간을 연장할 수 있다.

⑦ 제6항 단서에 따라 다시 유예하거나 유예 기간을 연장하는 경우 유예 절차에 관하여는 제1항부터 제5항까지를 준용한다.

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.
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.

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.

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.

④ 학교의 장은 제3항에 따라 학교 행사가 개최되는 날을 제45조제1항에 따른 수업일수에 포함할 수 있으며, 그 수업일수만큼 제1항에 따른 휴업일을 별도로 정해야 한다.

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

① 삭제 〈2016.1.6.〉

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3. 「형법」 제257조제1항(상해) · 제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

① 삭제 〈2016.1.6.〉

② 삭제 〈2006.3.24.〉

③ 삭제 〈2016.1.6.〉

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체 등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.
1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.
1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

학교폭력예방 및 대책에 관한 법률

제12조(학교폭력대책심의위원회의 설치·기능)

① 학교폭력의 예방 및 대책에 관련된 사항을 심의하기 위하여 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제80조에 따른 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시·도 조례로 정하는 기관으로 한다. 이하 같다)에 학교폭력대책심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)를 둔다. 다만, 심의위원회 구성에 있어 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 교육감 보고를 거쳐 둘 이상의 교육지원청이 공동으로 심의위원회를 구성할 수 있다.

② 심의위원회는 학교폭력의 예방 및 대책 등을 위하여 다음 각 호의 사항을 심의한다.
1. 학교폭력의 예방 및 대책
2. 피해학생의 보호
3. 가해학생에 대한 교육, 선도 및 징계

4. 피해학생과 가해학생 간의 분쟁조정
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
③ 심의위원회는 해당 지역에서 발생한 학교폭력에 대하여 조사할 수 있고 학교장 및 관할 경찰서장에게 관련 자료를 요청할 수 있다.
④ 심의위원회의 설치·기능 등에 필요한 사항은 지역 및 교육지원청의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제17조의2(행정심판)
① 교육장이 제16조제1항 및 제17조제1항에 따라 내린 조치에 대하여 이의가 있는 피해학생 또는 그 보호자는 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구할 수 있다.
② 교육장이 제17조제1항에 따라 내린 조치에 대하여 이의가 있는 가해학생 또는 그 보호자는 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구할 수 있다.
③ 행정심판위원회는 피해학생 또는 그 보호자 및 피·가해학생의 소속 학교에 제2항에 따른 행정심판의 청구 사실을 통지하고 「행정심판법」 제20조에 따른 심판참가에 관한 사항을 문서로 안내하여야 한다.
④ 제1항 및 제2항에 따른 행정심판청구에 필요한 사항은 「행정심판법」을 준용한다.

형법

<제24장 살인의 죄>
제250조(살인, 존속살해)
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)
직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)
① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)
제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.
제255조(예비, 음모)
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)
제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

<제25장 상해와 폭행의 죄>
제257조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만

원 이하의 벌금에 처한다.
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

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.

제258조의2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

제259조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)
제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

<제26장 과실치사상의 죄>
제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)
과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

<제31장 약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄>
제287조(미성년자의 약취, 유인)
미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)
① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)
① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)
① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)
① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

<제32장 강간과 추행의 죄>
제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징

역에 처한다.

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간 등 상해·치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자 등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력 등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

<제38장 절도와 강도의 죄>
제329조(절도)
타인의 재물을 절취한 자는 6년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제330조(야간주거침입절도)
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제331조(특수절도)

① 야간에 문이나 담 그 밖의 건조물의 일부를 손괴하고 제330조의 장소에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 흉기를 휴대하거나 2명 이상이 합동하여 타인의 재물을 절취한 자도 제1항의 형에 처한다.

제331조의2(자동차등 불법사용)
권리자의 동의없이 타인의 자동차, 선박, 항공기 또는 원동기장치자전거를 일시 사용한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

제332조(상습범)
상습으로 제329조 내지 제331조의2의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제333조(강도)
폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)
① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)
절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제333조 및 제334조의 예에 따른다.

제336조(인질강도)
사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제337조(강도상해, 치상)
강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제338조(강도살인·치사)
강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제340조(해상강도)
① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

제341조(상습범)
상습으로 제333조, 제334조, 제336조 또는 전조제1항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제342조(미수범)
제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.

제343조(예비, 음모)
강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7년 이하의 징역에 처한다.

제344조(친족간의 범행)
제328조의 규정은 제329조 내지 제332조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제345조(자격정지의 병과)
본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제346조(동력)
본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

형사소송법

제453조(정식재판의 청구)
① 검사 또는 피고인은 약식명령의 고지를 받은 날로부터 7일 이내에 정식재판의 청구를 할 수 있다. 단, 피고인은 정식재판의 청구를 포기할 수 없다.
② 정식재판의 청구는 약식명령을 한 법원에 서면으로 제출하여야 한다.
③ 정식재판의 청구가 있는 때에는 법원은 지체없이 검사 또는 피고인에게 그 사유를 통지하여야 한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제1조(목적)
이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
   가. 삭제 <2018. 3. 27.>
   나. 삭제 <2018. 3. 27.>
   다. 삭제 <2018. 3. 27.>
   라. 삭제 <2018. 3. 27.>
   마. 삭제 <2018. 3. 27.>
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.

5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하"호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제 29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙

제2조(말기환자의 진단 기준)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 말기환자 여부를 진단하는 경우에는 다음 각 호의 기준을 종합적으로 고려하여야 한다.

1. 임상적 증상
2. 다른 질병 또는 질환의 존재 여부
3. 약물 투여 또는 시술 등에 따른 개선 정도
4. 종전의 진료 경과
5. 다른 진료 방법의 가능 여부
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 준하는 것으로서 말기환자의 진단을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 기준

(기호)

(독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임 특별약관(1,2종) ····· 745
– 가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관 ····· 764
(독립특별약관) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 711
– 간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형),
간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관 ····· 732
– 간병인지원질병입원비Q(1일이상180일한도)(갱신형),
간병인지원질병입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관 ····· 738
– 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형),
상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(태아보장용) 특별약관 ····· 736
– 질병입원비Q(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형),
질병입원비Q(1일이상180일한도)(전환용)(태아보장용) 특별약관 ····· 741
(독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 677
– 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 699
– 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형),
갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용) 특별약관 ····· 702
– 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 694
– 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형),
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(태아보장용)
특별약관 ····· 697
– 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 705
– 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한,계약일보장개시)(갱신형) 특별약관 ····· 707

(0~9)

10대고액치료비암진단비 특별약관,
10대고액치료비암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 193
116대질병수술비 특별약관, 116대질병수술비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 474
2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 495
2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 233
2대질병(뇌졸중,급성심근경색증)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 235
2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 236
2대질병(뇌혈관질환,심혈관질환)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 238

2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 228
2대질병(뇌혈관질환,허혈성심장질환)진단비(세부보장별각1회한)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 232
2대질병진단후특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(진단후10년,연간1회한)
특별약관 ····· 380
2대질병진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 376
2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 384
4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관,
4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 343
4대유사암진단비 특별약관, 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관(1종),
4대유사암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 189
5대골절수술비Q 특별약관, 5대골절수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 127
5대골절진단비 특별약관, 5대골절진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 92
5대장기이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 588
7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한) 특별약관 ····· 477
7대생활질병및치핵수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 476

(A~Z)

ADHD(활동성및주의력장애)진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 266

(ㄱ)

각막이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 589
간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 특별약관(1,2종),
간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 148
간병인사용입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
간병인사용입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 647
간병인사용입원생활비(정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관,
간병인사용입원생활비(정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ·· 650
간병인사용입원생활비Ⅱ(연간180일한도) 특별약관,
간병인사용입원생활비Ⅱ(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 657
간병인사용입원생활비Ⅱ(정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관,
간병인사용입원생활비Ⅱ(정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 660
간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 특별약관 ····· 662
간병인사용질병입원비ⅡQ(1일이상180일한도) 특별약관(1,2종),

간병인사용질병입원비Ⅱ Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 520
간호간병통합서비스입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관 ····· 655
간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관,
간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 653
갑상선기능항진증치료비(1회한,급여) 특별약관 ····· 450
강력범죄발생금 특별약관 ····· 154
개방성골절진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 93
결핵진단비 특별약관 ····· 267
경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 386
계약분리 특별약관(1종) ····· 816
계약전환 특별약관(1,2종) ····· 818
계약전환후보험료지원(10대사유)(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 608
계약전환후보험료지원(10대사유)(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 614
골다공증진단비 특별약관 ····· 275
골절(치아파절제외)깁스치료비 특별약관,
골절(치아파절제외)깁스치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 135
골절(치아파절제외)부목치료비 특별약관,
골절(치아파절제외)부목치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 136
골절(치아파절제외)진단비 특별약관,
골절(치아파절제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 91
골절(치아파절포함)진단비 특별약관,
골절(치아파절포함)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 92
골절수술비Q 특별약관, 골절수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 125
관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 452
교통상해사망 특별약관, 교통상해사망(연만기) 특별약관(1,2종) ····· 85
급성신부전진단비 특별약관, 급성신부전진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 250
급성신우신염진단비 특별약관, 급성신우신염진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 249
급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관 ····· 469
급성심근경색증수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 468
급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 224
급성심장염진단비 특별약관(1,2종), 급성심장염진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 227
기흉진단비 특별약관(1,2종), 기흉진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 593
깁스치료비 특별약관, 깁스치료비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 565

(ㄴ)

뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 455
뇌성마비진단비 특별약관(1종), 뇌성마비진단비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 259
뇌전증진단비 특별약관 ····· 213
뇌졸중수술비(1회한) 특별약관 ····· 463
뇌졸중수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 462
뇌졸중진단비 특별약관 ····· 210
뇌하수체기능저하진단비 특별약관(1종) ····· 252
뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관 ····· 466
뇌혈관질환수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 465
뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 545
뇌혈관질환진단비 특별약관, 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 205
뇌혈관질환진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1,2종) ····· 207
뇌혈관질환후유장해(3-100%) 특별약관,
뇌혈관질환후유장해(3-100%)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 167
눈(안와)안심보장치료비(급여) 특별약관 ····· 457
눈(안와)안심보장치료비(특정검사비)(1일1회,연간3회한,급여) 세부보장 ····· 457
눈(안와)안심보장치료비(특정수술비)(연간1회한,급여) 세부보장 ····· 461
눈(안와)안심보장치료비(특정처치및수술비)(연간1회한,급여) 세부보장 ····· 460

(ㄷ)

다운증후군출산보장 특별약관(1,2종) ····· 798
대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 278
대상포진진단비 특별약관 ····· 277
독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 535
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형) 특별약관 ····· 532
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관,
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 533
돌발성난청진단비 특별약관 ····· 284

(ㅁ)

모성사망 특별약관(1,2종) ····· 791

(ㅂ)

법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관 ····· 818
보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관(1,2종) ····· 558
보장특약 자동갱신 특별약관(1,2종) ····· 807
보험료납입면제대상보장(10대사유) 특별약관(1,2종) ····· 620
보험료납입면제대상보장(10대사유)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 626
보험료자동납입 특별약관 ····· 814
부양자상해사망 보장 ····· 787
부양자질병사망 특별약관(1,2종) ····· 791
부정교합치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 587
불소도포치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 448

(ㅅ)

사시수술비 특별약관(1,2종) ····· 499
산후우울증치료비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 802
상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관,
상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ···· 645
상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
상급종합병원입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 640
상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 572
상해1-5종수술비ⅢQ 특별약관, 상해1-5종수술비ⅢQ(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 112
상해1-5종수술비ⅣQ(수술1회당),
상해1-5종수술비ⅣQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 115
상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 117
상해1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한,출생후보장) 특별약관 ····· 121
상해12대장애진단비 특별약관(1,2종) ····· 97
상해50%이상후유장해 특별약관, 상해50%이상후유장해(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 88
상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 158
상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 156
상해사망 특별약관, 상해사망(연만기) 특별약관(1,2종), 상해사망(갱신형) 특별약관(1종) ·· 85
상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 143
상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,

상해상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용)특별약관(1,2종) ····· 146
상해상급종합병원수술비Q 특별약관,
상해상급종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 111
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관,
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 141
상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관,
상해성뇌출혈수술비(수술1회당) 특별약관(태아보장용)(1,2종) ····· 132
상해수술비Q 특별약관, 상해수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 106
상해수술비Q(치아파절및치아탈구제외) 특별약관,
상해수술비Q(치아파절및치아탈구제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 107
상해입원비(1일이상10일한도) 특별약관,
상해입원비(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 137
상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관,
상해입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 136
상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 140
상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
상해종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 144
상해종합병원수술비Q 특별약관, 상해종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 109
상해중환자실입원비(1일이상10일한도) 특별약관,
상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 139
상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관,
상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 138
상해후유장해(3-100%), 상해후유장해(3-100%)(태아보장용) 보장 ····· 75
상해흉터복원수술비Ⅱ 특별약관 ····· 131
선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종),
선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 262
선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관(1종),
선천이상수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 486
성장판손상골절진단비 특별약관(1,2종),
성장판손상골절진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 94
성장판손상유발교통사고발생금 특별약관(1,2종) ····· 153
성조숙증진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 274
성폭력피해발생금(친족제외) 특별약관(1,2종) ····· 676

소아백혈병진단비 특별약관(1,2종),
소아백혈병진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 256
소아탈장수술비(수술1회당) 특별약관(1종),
소아탈장수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 501
수두진단비 특별약관(1,2종), 수두진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 271
수족구병진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
수족구병진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 271
스쿨존내어린이교통사고발생금 특별약관(1종) ····· 152
시력교정비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 537
시력치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 536
시청각질환수술비 특별약관(1,2종) ····· 483
신깁스치료비(급여) 특별약관, 신깁스치료비(급여)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 565
신생아기흉진단비 특별약관(1,2종) ····· 273
신생아뇌출혈진단비 특별약관(1,2종) ····· 211
신생아보장 특별약관(1,2종) ····· 538
심근병증진단비 특별약관, 심근병증진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 225
심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 454
심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 특별약관,
심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 216
심혈관질환진단비 특별약관, 심혈관질환진단비(갱신형) 특별약관(1종),
심혈관질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 214
십자인대질환수술비(연간1회한,급여) 특별약관(1종) ····· 133

(ㅇ)

아동학대피해보장(친족제외) 특별약관(1,2종) ····· 670
안면부창상봉합술치료발생금(1일1회,3㎝이상,급여) 특별약관 ····· 571
암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 345
암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관,
암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 340
암(4대유사암제외)진단비 특별약관, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종),
암(4대유사암제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 169
암(4대유사암제외)진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1.2종) ····· 172
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원,국립암센터)(진단후10년,연간1회한)

특별약관 ····· 367
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 357
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 438
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 443
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 353
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관 ····· 423
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 특별약관,
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 355
암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관 ····· 426
암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 547
암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 551
암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 549
암(4대유사암포함)수술비Ⅱ(수술1회당) 특별약관,
암(4대유사암포함)수술비Ⅱ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 337
암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도) 특별약관 ····· 528
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 특별약관,
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 539
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도) 특별약관,
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관(1종),
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,1일이상180일한도)(태아보장용)
특별약관(1,2종) ····· 524
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관,
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 542
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 397
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 402
암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관 ····· 417
암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당),

암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 351
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 412
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특별약관,
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 348
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 특별약관,
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종),
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 415
약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관(1,2종) ····· 268
양수색전증진단비 특별약관(1,2종) ····· 794
양전자방출단층촬영(PET)검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 569
어린이생활질환수술비 특별약관(1,2종),
어린이생활질환수술비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 490
어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한) 특별약관(1종),
어린이심장개흉수술및특정시술비(세부보장별각1회한)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 492
어린이심장관련특정질병진단비 특별약관(1종) ····· 258
어린이주요질환수술비 특별약관(1,2종),
어린이주요질환수술비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 489
여성산과관련자궁적출수술비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 796
연조직염진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 276
영구치보철치료비Ⅲ(무제한,틀니연간1개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 578
영구치상실발생금Ⅱ(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 584
외부요인으로인한폐질환진단비 특별약관 ····· 247
외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 248
유괴납치불법감금피해일당 특별약관(1,2종) ····· 669
유산진단비 특별약관(1,2종) ····· 801
응급실내원치료비(응급) 특별약관, 응급실내원치료비(응급)(태아보장용) 특별약관(1,2종) 592
응급의료아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 105
의료사고법률비용(실손) 특별약관 ····· 669
이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 ····· 812
이비인후과질환수술비(수술1회당) 특별약관,
이비인후과질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 497
인슐린의존당뇨병진단비 특별약관(1종) ····· 251

임신및출산질환수술비(수술1회당) 특별약관(1,2종) ····· 795
임신및출산질환입원비(4일이상120일한도) 특별약관(1,2종) ····· 797
임신중독증(자간포함)진단비 특별약관(1,2종) ····· 792
입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 631
입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 특별약관,
입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 633

(ㅈ)

자녀7대암진단비 특별약관(1,2종), 자녀7대암진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 191
자동차사고부상발생금(1-14급,차등지급)(연만기) 특별약관(1,2종) ····· 151
전이암진단비 특별약관 ····· 200
전자서명 특별약관 ····· 816
조혈모세포이식수술비(1회한) 특별약관 ····· 473
종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 특별약관,
종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 642
종합병원입원생활비(연간180일한도) 특별약관,
종합병원입원생활비(연간180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 635
종합병원입원생활비(연간181일이상) 특별약관,
종합병원입원생활비(연간181일이상)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 637
주요뇌혈관질환진단비 특별약관, 주요뇌혈관질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 209
주요심장염증질환진단비 특별약관, 주요심장염증질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) 226
주요폐질환진단비 특별약관 ····· 245
주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 246
주요허혈성심장질환진단비 특별약관 ····· 223
중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관 ····· 281
중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 391
중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 388
중증세균성수막염진단비 특별약관(1종) ····· 269
중증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한) 특별약관 ····· 390
중증아토피진단비 특별약관(1,2종) ····· 265
중증외상산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 605
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관,
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 597

중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관,
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 599
중증틱장애진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 260
중증화상및부식진단비 특별약관 ····· 96
중증화상산정특례대상진단비 특별약관 ····· 601
지정대리청구서비스 특별약관 ····· 815
질병1-5종수술비ⅢQ 특별약관, 질병1-5종수술비ⅢQ(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 322
질병1-5종수술비ⅣQ(수술1회당) 특별약관,
질병1-5종수술비ⅣQ(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 325
질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관 ····· 329
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한) 특별약관,
질병1-8종수술비ⅢQ(급여,시술포함,연간3회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 333
질병12대장애진단비 특별약관(1,2종) ····· 255
질병50%이상후유장해 특별약관, 질병50%이상후유장해(태아보장용) 특별약관(1,2종) ··· 163
질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 557
질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 555
질병사망 특별약관, 질병사망(연만기) 특별약관(1,2종) ····· 163
질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 509
질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 518
질병상급종합병원수술비Q 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 306
질병상급종합병원수술비Q(수술1회당) 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 320
질병상급종합병원수술비Q(특정10대질병제외) 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(특정10대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 311
질병상급종합병원수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관,
질병상급종합병원수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 308
질병상급종합병원입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관,
질병상급종합병원입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 513
질병수술비Q 특별약관, 질병수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 289
질병수술비Q(수술1회당) 특별약관,
질병수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 313
질병수술비Q(특정10대질병제외) 특별약관,

질병수술비Q(특정10대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 300
질병수술비Q(특정2대경증질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정2대경증질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 291
질병수술비Q(특정2대경증질병제외,수술1회당) 특별약관,
질병수술비Q(특정2대경증질병제외,수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 315
질병수술비Q(특정4대질병Ⅱ제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정4대질병Ⅱ제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 293
질병수술비Q(특정5대질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정5대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 295
질병수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관,
질병수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 297
질병입원비Q(1일이상10일한도) 특별약관,
질병입원비Q(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 504
질병입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관,
질병입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 503
질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관 ····· 511
질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 특별약관,
질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도)(태아보장용)특별약관(1,2종) ····· 516
질병종합병원수술비Q 특별약관, 질병종합병원수술비Q(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 302
질병종합병원수술비Q(수술1회당) 특별약관,
질병종합병원수술비Q(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 317
질병종합병원수술비Q(특정9대질병제외) 특별약관,
질병종합병원수술비Q(특정9대질병제외)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 304
질병중환자실입원비Q(1일이상10일한도) 특별약관,
질병중환자실입원비Q(1일이상10일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 508
질병중환자실입원비Q(1일이상180일한도) 특별약관,
질병중환자실입원비Q(1일이상180일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 506
질병후유장해(3-100%) 특별약관, 질병후유장해(3-100%)(갱신형) 특별약관(1종),
질병후유장해(3-100%)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 166

(ㅊ)

창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,5㎝이상,연간3회한,급여) 특별약관 ····· 571
천식지속상태(급성중증천식)진단비 특별약관 ····· 242
초·중등학업중단보장(질병사유) 특별약관(1,2종) ····· 674

추간판장애수술비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 590
추간판장애진단비 특별약관,추간판장애진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 607
출산전선별검사이상소견진단비 특별약관(1,2종) ····· 799
출생전자녀가입 특별약관(1,2종) ····· 808
충수염(맹장염)수술비(1회한) 특별약관 ····· 482
치아보존치료비(크라운연간3개한)(상해및질병)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 574

(ㅋ)

카메라등이용·촬영 성폭력범죄발생금 특별약관(1,2종) ····· 675
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한) 특별약관,
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종)
,카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 407
크론병진단비 특별약관 ····· 280

(ㅌ)

태반조기박리진단비 특별약관(1,2종) ····· 793
통풍진단비 특별약관 ····· 279
통합뇌관련질환진단비 특별약관 ····· 566
통합상해진단비Ⅱ(상해부위별연간1회한) 특별약관 ····· 90
통합심장질병진단비 특별약관 ····· 217
통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ 특별약관 ····· 175
통합암(4대유사암제외,전이암포함)진단비Ⅱ 특별약관 ····· 181
통합암(4대유사암제외,전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(세부보장별각1회한) 특별약관 430
통합전이암진단비 특별약관 ····· 195
특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관 ····· 819
특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 812
특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 494
특정갑상선기능저하증진단비 특별약관(1,2종),
특정갑상선기능저하증진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 253
특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관(1,2종) ····· 456
특정뇌및심장질환Ⅱ검사(MRI,CT,뇌파,뇌척수액,심장초음파)지원비(연간1회한,급여)
특별약관 ····· 553
특정뇌및심장질환Ⅱ검사(혈관조영술)지원비(연간1회한,급여) 특별약관 ····· 554
특정바이러스폐렴진단비(연간1회한) 특별약관(1종) ····· 241

특정부인과질병수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 502
특정상해성뇌손상진단비 특별약관 ····· 98
특정상해성뇌출혈진단비 특별약관,
특정상해성뇌출혈진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 101
특정상해성장기손상진단비 특별약관,
특정상해성장기손상진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 103
특정상해성탈구진단비(연간1회한) 특별약관 ····· 93
특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(갱신형) 특별약관(1종),
특정선천이상(선천성뇌질환제외)진단비(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 263
특정선천이상수술비(수술1회당)(갱신형) 특별약관(1종),
특정선천이상수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 488
특정쇼크(shock)진단비 특별약관 ····· 594
특정심장방실및전도장애진단비 특별약관,
특정심장방실및전도장애진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 230
특정양성뇌종양진단비 특별약관,특정양성뇌종양진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 203
특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1종) ····· 283
특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한) 특별약관 ····· 451
특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원,국립암센터)(진단후10년,연간1회한) 특별약관 372
특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관 ····· 362
특정유사암항암방사선약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 395
특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한) 특별약관 ····· 428
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 393
특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담급여,연간1회한)특별약관 ····· 429
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 특별약관(1,2종) ····· 394
특정임신중당뇨진단비 특별약관(1,2종) ····· 800
특정자가면역질환진단비 특별약관 ····· 285
특정전염병발생금 특별약관, 특정전염병발생금(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 272
특정정신질환진단비(연간1회한) 특별약관(1종) ····· 283
특정천공동반게실병진단비 특별약관 ····· 288
특정천공동반질병진단비 특별약관 ····· 287
특정천공진단비 특별약관 ····· 286
특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관및조직) 특별약관 ····· 595
특정치료합병증진단비(특정처치중발생) 특별약관 ····· 596
특정화상처치비(연간5회한,급여) 특별약관 ····· 129

(ㅍ)

패혈증진단비(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 243
패혈증진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 244
폐렴진단비(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 239
폐렴진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관(1,2종) ····· 240
폭력사고발생금 특별약관(1,2종) ····· 156
피부질환수술비(수술1회당) 특별약관,
피부질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 481

(ㅎ)

학교폭력피해보장 특별약관(1,2종) ····· 671
허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관 ····· 471
허혈성심장질환수술비(수술1회당) 특별약관 ····· 470
허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한) 특별약관 ····· 546
허혈성심장질환진단비 특별약관, 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 221
허혈성심장질환진단비(체증형,20년후가입금액2배) 특별약관(1,2종) ····· 222
호흡기질환수술비(수술1회당) 특별약관,
호흡기질환수술비(수술1회당)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 480
화상수술비Q 특별약관 ····· 128
화상진단비 특별약관 ····· 95
화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한) 특별약관 ····· 95
환경성질환입원비(1일이상120일한도) 특별약관(1,2종),
환경성질환입원비(1일이상120일한도)(태아보장용) 특별약관(1종) ····· 531
희귀난치성7대질환진단비 특별약관,
희귀난치성7대질환진단비(태아보장용) 특별약관(1,2종) ····· 254
희귀난치성질환수술비(갱신형) 특별약관(1종) ····· 485