

무배당

원더풀 355 간편보험 [24.04]

세만기형 | 1종 · 2종 · 3종 · 4종 · 5종 · 6종 · 7종 · 8종



약관을 쉽게 이용할 수 있는 약관 이용 가이드북



① 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로, **보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

② 한 눈에 보는 약관의 구성

 약관 이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서
 시각화된 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
 보험약관(주계약&특약)	주계약(보통약관) : 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관 특약(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
 용어해설 및 색인 등	약관이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설, 가나다 順 특약색인, 관련 법규등을 소비자에게 안내

③ QR코드를 통한 편리한 정보이용



QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관 해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



④ 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

1. 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조 (보험금의 지급사유), 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	
* 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」 도 반드시 확인 할 필요		
2. 청약 철회	제21조 (청약의 철회)	
3. 계약 취소	제22조 (약관교부 및 설명의무 등)	
4. 계약 무효	제23조 (계약의 무효)	
5. 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제16조 (계약 전 알릴 의무)	
6. 계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제17조 (상해보험계약 후 알릴 의무), 제18조 (알릴 의무 위반의 효과)	
7. 보험료 연체 및 해지	제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	
8. 부활(효력회복)	제33조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	
9. 해약환급금	제35조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회), 제38조 (해약환급금)	
10. 보험계약대출	제39조 (보험계약대출)	

⑤ 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1	시각화된 ' 약관 요약서 '를 활용하시면 계약 일반사항, 가입 시 유의사항, 민원 사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	➡ 약관 요약서
2	' 약관 핵심 체크 항목 쉽게 찾기 '를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무 관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	➡ 핵심 체크항목
3	' 특약 색인 (가나기순) '을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *주 계약에 부가된 특약 은 자유롭게 선택, 가입 (의무특약 제외)할 수 있고 가입특약 에 한해 보장받을 수 있음	➡ 특약 색인
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관 본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	➡ 용어 해설
5	스마트폰으로 QR 코드 를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.	➡ QR코드
6	' 기타 관계 법규 ' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	➡ 기타 관계 법규
7	약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

⑥ 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.mggeneralins.com),
고객 콜센터(**1588-5959**)로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융 꿀팁 또는 핵심정보 등은
금융감독원 금융소비자정보 포털(**FINE, fine.fss.or.kr**)에서 확인 가능



쉽게 이해하는 약관 요약서

I. 보험계약의 개요

① 상품의 주요 특징

세만기형	1종: 간편고지(355)_실속형_해약환급금미지급형(납입후50%)	2종: 간편고지(355)_실속형_표준형
	3종: 일반고지_실속형_해약환급금미지급형(납입후50%)	4종: 일반고지_실속형_표준형
	5종: 간편고지(355)_고급형_해약환급금미지급형(납입후50%)	6종: 간편고지(355)_고급형_표준형
	7종: 일반고지_고급형_해약환급금미지급형(납입후50%)	8종: 일반고지_고급형_표준형

◎ 다양한 담보 탑재를 통한 '종합보험' 수준의 보장(해당 특약 가입시)

- ※ 간편고지 질병/상해 3% 후유장애 보장 탑재
- ※ 3대 진단비부터 수술, 치매, 생활비용 등

◎ 보험료납입면제지원금 가입을 통해 보장보험료 납입면제 자율화

- ※ 암보장개시일은 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

◎ 해약환급금 미지급형(납입후50%)으로 부담없이! (1종, 3종, 5종, 7종 가입시)

표준형 대비 낮은 보험료로 보험료 부담 절감

- ※ 해약환급금미지급형(납입후50%)의 경우, 보험료 납입기간 중에는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후의 해약환급금은 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 지급

② '상품명'으로 상품의 특징 이해하기



무배당

계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

간편보험

유병자 및 고령자가 가입하기 쉽게 계약자의 고지사항을 단순화시킨 상품입니다.

해약환급금 미지급형 (납입후50%)

보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 해약환급금은 없으며, 납입완료 이후에는 표준형 해약환급금50%에 해당하는 금액을 지급하는 상품입니다.

- ※ 이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
- ※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅱ. 소비자가 알아두어야 할 유의사항

① 보험금 지급 제한 사항



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

※ 면책기간

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

▶ 질병 관련 특별약관

담보명	면책기간
암진단비(유사암제외)(355고지) 암진단비(유사암제외)	가입 후 90일간 보장 제외
암진단비(유사암 및 특정소액암제외)(355고지) 암진단비(유사암 및 특정소액암제외)	
암진단비(유사암제외)(체증형)(355고지) 암진단비(유사암제외)(체증형)	
고액치료비암진단비(355고지) 고액치료비암진단비	
시니어다발암진단비(355고지) 시니어다발암진단비	
남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비(355고지) 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비	
여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비(355고지) 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비	
비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비(355고지) 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비	
위암 및 식도암 진단비(355고지) 위암 및 식도암 진단비	
소장암·대장암 및 항문암 진단비(355고지) 소장암·대장암 및 항문암 진단비	
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비(355고지) 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	
심장암 및 뇌암 진단비(355고지) 심장암 및 뇌암 진단비	
호흡기암진단비(355고지) 호흡기암진단비	
림프종 및 백혈병 관련암 진단비(355고지) 림프종 및 백혈병 관련암 진단비	
통합형암진단비(유사암제외)(355고지) 통합형암진단비(유사암제외)	
통합형전이암진단비(355고지) 통합형전이암진단비	

담보명	면책기간
중증갑상선암진단비(355고지) 중증갑상선암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
암수술비(유사암제외)(355고지) 암수술비(유사암제외)	
암수술비(유사암제외)(25%체증형)(355고지) 암수술비(유사암제외)(25%체증형)	
암수술비(유사암제외, 1회한)(355고지) 암수술비(유사암제외, 1회한)	
암주요치료비(특정유사암제외, 감액없음)(진단후5년, 연간1회한)(355고지) 암주요치료비(특정유사암제외, 감액없음)(진단후5년, 연간1회한)	
특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년, 연간1회한)(355고지) 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년, 연간1회한)(355고지)	
종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음)(진단후5년, 연간1회한)(355고지)	
종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음)(진단후5년, 연간1회한)	
종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년, 연간1회한)(355고지)	
종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년, 연간1회한)	
항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)(갱신형)	
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	
산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅲ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
산정특례(중복암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(355고지) 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성 종양 해당없음)
요양병원암입원비(1일이상90일한도)(355고지) 요양병원암입원비(1일이상90일한도)	
상급종합병원암직접치료통원비(355고지) 상급종합병원암직접치료통원비	
암직접치료통원비(연간30회한)(355고지) 암직접치료통원비(연간30회한)	
암직접치료통원비(연간10회한)(355고지) 암직접치료통원비(연간10회한)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
암으로인한림프부종수술비(급여, 연간1회한)(355고지) 암으로인한림프부종수술비(급여, 연간1회한)	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암 해당없음)
암으로인한피부재건수술비(급여, 연간1회한)(355고지) 암으로인한피부재건수술비(급여, 연간1회한)	
항암방사선치료비(355고지) 항암방사선치료비	
항암약물치료비(355고지)	

담보명	면책기간
항암약물치료비	
계속받는항암방사선약물치료비(급여, 연간1회한)(355고지)	
계속받는항암방사선약물치료비(급여, 연간1회한)	
항암방사선치료후9대합병증진단비(355고지)	
항암방사선치료후9대합병증진단비	
항암방사선약물치료후5대질병진단비(355고지)	
항암방사선약물치료후5대질병진단비	가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암 해당없음)
항암양성자방사선치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형)	
항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(355고지)(갱신형)	
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(갱신형)	
표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(갱신형)	
표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보장 제외
계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형)	
계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형)	
다빈치로봇암수술비(최초1회한)(355고지)(갱신형)	
다빈치로봇암수술비(최초1회한)(갱신형)	
요로결석진단비(355고지)	
요로결석진단비	가입 후 5년간 보장 제외
경증이상치매진단비(355고지)(갱신형)	
경증이상치매진단비(갱신형)	가입 후 5년간 보장 제외
산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형)	
: 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장	
산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	가입 후 5년간 보장 제외
: 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장	

▶ 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	면책기간
보험료납입면제지원금(3대진단)(355고지)	암에 한하여 가입 후 90일간 보장 제외
보험료납입면제지원금(3대진단)	
보험료납입면제지원금(5대진단)(355고지)	
보험료납입면제지원금(5대진단)	
보험료납입면제지원금(8대진단)(355고지)	가입 후 1년간 보장 제외
보험료납입면제지원금(8대진단)	
산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형)	가입 후 1년간 보장 제외
산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	

※ 갱신계약의 경우 면책기간을 적용하지 않습니다.

※ 감액지급

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

▶ 질병 관련 특별약관

담보명	감액지급
질병사망보험금	가입 후 1년 미만 보험가입금액의 50% 지급
질병80%이상후유장해보험금	
질병3%이상후유장해보험금(355고지) 질병3%이상후유장해보험금	
질병50%이상후유장해보험금	
질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 질병입원비(1일이상180일한도)	
질병입원비(1일이상20일한도)(355고지) 질병입원비(1일이상20일한도)	
종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 종합병원질병입원비(1일이상180일한도)	
질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)	
상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)	
암중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 암중환자실입원비(1일이상180일한도)	
질병수술비(355고지) 질병수술비	
질병1~5종수술비Ⅲ(355고지) 질병1~5종수술비Ⅲ	
질병수술비(백내장제외)(355고지) 질병수술비(백내장제외)	
질병수술비(백내장및대장용종제외)(355고지) 질병수술비(백내장및대장용종제외)	
질병수술비(특정다빈도8대질병제외)(355고지) 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)	
질병수술비(종합병원)(355고지) 질병수술비(종합병원)	
질병수술비(상급종합병원)(355고지) 질병수술비(상급종합병원)	
질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	
질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 질병입원치료수술비(종합병원)	
新112대특정질병수술비(355고지) 新112대특정질병수술비	
新112대특정질병수술비Ⅱ(355고지) 新112대특정질병수술비Ⅱ	
암진단비(유사암제외)(355고지) 암진단비(유사암제외)	

담보명	감액지급
암진단비(유사암제외)(체증형)(355고지) 암진단비(유사암제외)(체증형)	가입 후 1년미만 보험가입금액의 50% 지급
시니어다발암진단비(355고지) 시니어다발암진단비	
남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비(355고지) 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비	
여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비(355고지) 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비	
비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비(355고지) 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비	
위암 및 식도암 진단비(355고지) 위암 및 식도암 진단비	
소장암·대장암 및 항문암 진단비(355고지) 소장암·대장암 및 항문암 진단비	
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비(355고지) 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	
심장암 및 뇌암 진단비(355고지) 심장암 및 뇌암 진단비	
호흡기암진단비(355고지) 호흡기암진단비	
림프종 및 백혈병 관련암 진단비(355고지) 림프종 및 백혈병 관련암 진단비	
통합형암진단비(유사암제외)(355고지) 통합형암진단비(유사암제외)	
통합형전이암진단비(355고지) 통합형전이암진단비	
중증갑상선암진단비(355고지) 중증갑상선암진단비	
암진단비(유사암및특정소액암제외)(355고지) 암진단비(유사암및특정소액암제외)	
유사암진단비(355고지) 유사암진단비	
고액치료비암진단비(355고지) 고액치료비암진단비	
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(355고지) 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)	
요양병원암입원비(1일이상90일한도)(355고지) 요양병원암입원비(1일이상90일한도)	
암수술비(유사암제외)(355고지) 암수술비(유사암제외)	
암수술비(유사암제외)(25%체증형)(355고지) 암수술비(유사암제외)(25%체증형)	
유사암수술비(355고지) 유사암수술비(유사암제외)	

담보명	감액지급
유사암수술비(25%체증형)(355고지) 유사암수술비(25%체증형)	가입 후 1년 미만 보험가입금액의 50% 지급
암수술비(유사암제외, 1회한)(355고지) 암수술비(유사암제외, 1회한)	
암으로인한림프부종수술비(급여, 연간1회한)(355고지) 암으로인한림프부종수술비(급여, 연간1회한)	
암으로인한피부재건수술비(급여, 연간1회한)(355고지) 암으로인한피부재건수술비(급여, 연간1회한)	
항암방사선약물치료비(355고지) 항암방사선약물치료비	
계속받는항암방사선약물치료비(급여, 연간1회한)(355고지) 계속받는항암방사선약물치료비(급여, 연간1회한)	
항암방사선치료후9대합병증진단비(355고지) 항암방사선치료후9대합병증진단비	
항암방사선약물치료후5대질병진단비(355고지) 항암방사선약물치료후5대질병진단비	
뇌졸중진단비(355고지) 뇌졸중진단비	
뇌출혈진단비(355고지) 뇌출혈진단비	
통합형뇌관련진단비(355고지) 통합형뇌관련진단비	
뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)	
뇌졸중통원비(연간30회한)(355고지) 뇌졸중통원비(연간30회한)	
뇌졸중통원비(연간10회한)(355고지) 뇌졸중통원비(연간10회한)	
뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)	
뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)	
뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
뇌혈관질환통원비(연간30회한)(355고지) 뇌혈관질환통원비(연간30회한)	
뇌혈관질환통원비(연간10회한)(355고지) 뇌혈관질환통원비(연간10회한)	
뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)	
뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)	
뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
뇌졸중수술비 II (355고지) 뇌졸중수술비 II	

담보명	감액지급
뇌출혈수술비Ⅱ (355고지) 뇌출혈수술비Ⅱ	가입 후 1년 미만 보험가입금액의 50% 지급
급성심근경색증진단비(355고지) 급성심근경색증진단비	
통합형심장관련진단비(355고지) 통합형심장관련진단비	
급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)	
급성심근경색증통원비(연간30회한)(355고지) 급성심근경색증통원비(연간30회한)	
급성심근경색증통원비(연간10회한)(355고지) 급성심근경색증통원비(연간10회한)	
급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)	
급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)	
급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
허혈성심장질환통원비(연간30회한)(355고지) 허혈성심장질환통원비(연간30회한)	
허혈성심장질환통원비(연간10회한)(355고지) 허혈성심장질환통원비(연간10회한)	
허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)	
허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)	
허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
급성심근경색증수술비Ⅱ (355고지) 급성심근경색증수술비Ⅱ	
3대질환입원치료수술비(종합병원)(355고지) 3대질환입원치료수술비(종합병원)	
척추질환수술비(관혈/비관혈)(355고지) 척추질환수술비(관혈/비관혈)	
간질환수술비(355고지) 간질환수술비	
안과질환수술비(355고지) 안과질환수술비	
호흡기질환수술비(355고지) 호흡기질환수술비	
이비인후과질환수술비(355고지) 이비인후과질환수술비	

담보명	감액지급
간경변증진단비(355고지) 간경변증진단비	가입 후 1년 미만 보험가입금액의 50% 지급
중등도이상 만성신부전증진단비(355고지) 중등도이상 만성신부전증진단비	
중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비(355고지) 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비	
말기간경화진단비(355고지) 말기간경화진단비	
말기신부전증진단비	
말기폐질환진단비(355고지) 말기폐질환진단비	
6대희귀난치성질환진단비(355고지) 6대희귀난치성질환진단비	
갑상선암(초기제외)진단비(355고지) 갑상선암(초기제외)진단비	
상급종합병원암직접치료통원비(355고지) 상급종합병원암직접치료통원비	
암직접치료통원비(연간30회한)(355고지) 암직접치료통원비(연간30회한)	
암직접치료통원비(연간10회한)(355고지) 암직접치료통원비(연간10회한)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
총수염(맹장)수술비(최초1회한)(355고지) 총수염(맹장)수술비(최초1회한)	
특정전염병Ⅱ 입원비(1일이상30일한도)(355고지) 특정전염병Ⅱ 입원비(1일이상30일한도)	
통풍진단비(355고지) 통풍진단비	
대상포진진단비(355고지) 대상포진진단비	
대상포진눈병진단비(355고지) 대상포진눈병진단비	
위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)(355고지) 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)	
심방세동및조동진단비(최초1회한)(355고지) 심방세동및조동진단비(최초1회한)	
갑상선기능저하증진단비(최초1회한)(355고지) 갑상선기능저하증진단비(최초1회한)	
뇌전증진단비(최초1회한)(355고지) 뇌전증진단비(최초1회한)	
일과성노하혈발작진단비(최초1회한)(355고지) 일과성노하혈발작진단비(최초1회한)	

담보명	감액지급
혈전용해치료비(최초1회한)(355고지) 혈전용해치료비(최초1회한)	가입 후 1년 미만 보험가입금액의 50% 지급
혈전용해치료비(연간1회한)(355고지) 혈전용해치료비(연간1회한)	
갑상선기능항진증치료비(최초1회한)(355고지) 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)	
요실금수술비(급여,연간1회한)(355고지)(갱신형) 요실금수술비(급여,연간1회한)(갱신형)	
다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(갱신형)	
간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
특정류마티스관절염진단비(355고지) 특정류마티스관절염진단비	
중등도이상 폐렴진단비(355고지) 중등도이상 폐렴진단비	
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	
육창진단비(355고지) 육창진단비	
육창중등증이상진단비(3,4단계)(355고지) 육창중등증이상진단비(3,4단계)	
급성당뇨합병증치료비(최초1회한)	
만성당뇨합병증치료비(최초1회한)	
특정고혈압합병증치료비(최초1회한)	
6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)(355고지) 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)	
뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한)(355고지) 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한)	
심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한)(355고지) 심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한)	
관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)(355고지) 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)	
조혈모세포이식수술비(최초1회한)(355고지) 조혈모세포이식수술비(최초1회한)	

담보명	감액지급
고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(갱신형)	가입 후 1년 미만 보험가입금액의 50% 지급
산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) : 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장 산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) : 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장	
CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)(355고지) CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)	
표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(갱신형) 표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(갱신형)	가입 후 180일 미만 보험가입금액의 25% 지급 가입 후 180일 이상 1년미만 보험가입금액의 50% 지급
항암양성자방사선치료비(최초1회한)((355고지)(갱신형) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(갱신형)	
계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형) 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형)	
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	
다빈치로봇암수술비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(갱신형)	
노혈관질환진단비(355고지) 노혈관질환진단비	
노혈관질환수술비Ⅱ(355고지) 노혈관질환수술비Ⅱ	가입 후 90일 미만 보험가입금액의 5% 지급 가입 후 90일 이상 1년미만 보험가입금액의 50% 지급
허혈성심장질환진단비(355고지) 허혈성심장질환진단비	
허혈성심장질환수술비Ⅱ(355고지) 허혈성심장질환수술비Ⅱ	
심노혈관질환수술비Ⅱ(355고지) 심노혈관질환수술비Ⅱ	
노혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)(355고지) 노혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)	
심장질환(특정Ⅰ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅰ)진단비	
심장질환(특정Ⅱ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅱ)진단비	
심장질환(특정Ⅲ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅲ)진단비	
심장질환(특정Ⅳ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅳ)진단비	
노혈관질환진단비(체증형)(355고지) 노혈관질환진단비(체증형)	

담보명	감액지급
허혈성심장질환진단비(체증형)(355고지) 허혈성심장질환진단비(체증형)	
항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)(갱신형)	가입 후 2년 미만 보험가입금액의 50% 지급
갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(갱신형)	

▶ 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	감액지급
산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(갱신형)	가입 후 90일 미만 보험가입금액의 5% 지급 가입 후 90일 이상 1년미만 보험가입금액의 50% 지급
산정특례(심장)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(갱신형)	

※ 감액기간 종료 이후에는 보험가입금액의 100%를 지급합니다.

(단, 일부담보의 경우 질병 구분에 따라 지급하는 보험가입금액 비율이 상이할 수 있습니다.

세부내용은 약관을 참고하여 주시기 바랍니다.)

※ 갱신계약의 경우 감액기간을 적용하지 않습니다.

※ 보장한도

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

▶ 상해 관련 특별약관

담보명	보장한도
일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 일반상해입원비(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)	
종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 종합병원상해입원비(1일이상180일한도)	
상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)	
간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
일반상해입원비(1일이상20일한도)(355고지) 일반상해입원비(1일이상20일한도)	1일 이상 20일 한도로 보장
아나필락시스진단비(연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	
골절특정재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)(355고지) 골절특정재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)	연간 10회에 한해 보장
일반상해80%이상후유장해보험금	최초 1회에 한해 보장
중대한상해수술비(최초1회한)(355고지) 중대한상해수술비(최초1회한)	
산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	

▶ 질병 관련 특별약관

담보명	보장한도
질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 질병입원비(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)	
상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)	

담보명	보장한도
암중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 암중환자실입원비(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(355고지) 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)	
뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)	
급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형)	1일 이상 90일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
요양병원암입원비(1일이상90일한도)(355고지) 요양병원암입원비(1일이상90일한도)	
특정전염병Ⅱ 입원비(1일이상30일한도)(355고지) 특정전염병Ⅱ 입원비(1일이상30일한도)	
질병입원비(1일이상20일한도)(355고지) 질병입원비(1일이상20일한도)	1일 이상 20일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
암주요치료비(특정유사암제외,감액없음)(진단후5년,연간1회한)(355고지) 암주요치료비(특정유사암제외,감액없음)(진단후5년,연간1회한)	암(특정유사암제외) 최초 진단확정일로부터 5년간 연간 1회에 한해 보장
특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)(355고지) 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)	특정유사암 최초 진단확정일로부터 5년간 연간 1회에 한해 보장
종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한) (355고지) 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한) 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한) (355고지) 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)	암(특정유사암포함) 최초 진단확정일로부터 5년간 연간 1회에 한해 보장
종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)	
종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)	
계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형) : 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 보장 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) : 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 보장	연간 1회에 한해 보장
계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)(355고지) 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)	
요실금수술비(급여,연간1회한)(355고지)(갱신형) 요실금수술비(급여,연간1회한)(갱신형)	
다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	
전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한)	
위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)(355고지) 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)	
혈전용해치료비(연간1회한)(355고지) 혈전용해치료비(연간1회한)	

담보명	보장한도
질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지)	
질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	
암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한)(355고지)	
암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한)	
암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한)(355고지)	
암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한)	
6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)(355고지)	
6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)	
뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한)(355고지)	
뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한)	
심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한)(355고지)	연간 10회에 한해 보장
심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한)	
관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)(355고지)	
관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)	
암직접치료통원비(연간10회한)(355고지)	연간 10회에 한해 보장
암직접치료통원비(연간10회한)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
뇌졸중통원비(연간10회한)(355고지)	
뇌졸중통원비(연간10회한)	
뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지)	
뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)	
뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지)	연간 10회에 한해 보장
뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
뇌혈관질환통원비(연간10회한)(355고지)	
뇌혈관질환통원비(연간10회한)	
뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지)	
뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)	
뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지)	
뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
급성심근경색증통원비(연간10회한)(355고지)	
급성심근경색증통원비(연간10회한)	
급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지)	연간 10회에 한해 보장
급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)	
급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지)	
급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
허혈성심장질환통원비(연간10회한)(355고지)	
허혈성심장질환통원비(연간10회한)	
허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지)	
허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)	
허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지)	
허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)	
암직접치료통원비(연간30회한)(355고지)	연간 30회에 한해 보장
암직접치료통원비(연간30회한)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지)	
암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지)	
암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
뇌졸중통원비(연간30회한)(355고지)	
뇌졸중통원비(연간30회한)	
뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지)	

담보명	보장한도
뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)	
뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지)	
뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
뇌혈관질환통원비(연간30회한)(355고지)	
뇌혈관질환통원비(연간30회한)	
뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지)	
뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)	
뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지)	
뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
급성심근경색증통원비(연간30회한)(355고지)	
급성심근경색증통원비(연간30회한)	
급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지)	
급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)	
급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지)	
급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
허혈성심장질환통원비(연간30회한)(355고지)	
허혈성심장질환통원비(연간30회한)	
허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지)	
허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)	
허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지)	
허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)	
암진단비(유사암제외)(355고지)	최초 1회에 한해 보장
암진단비(유사암제외)	
암진단비(유사암제외)(체증형)(355고지)	
암진단비(유사암제외)(체증형)	
암진단비(유사암 및 특정소액암제외)(355고지)	
암진단비(유사암 및 특정소액암제외)	
고액치료비암진단비(355고지)	
고액치료비암진단비	
시니어다발암진단비(355고지)	
시니어다발암진단비	
남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비(355고지)	
남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비	
여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비(355고지)	
여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비	
비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비(355고지)	
비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비	
위암 및 식도암 진단비(355고지)	최초 1회에 한해 보장
위암 및 식도암 진단비	
소장암·대장암 및 항문암 진단비(355고지)	
소장암·대장암 및 항문암 진단비	
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비(355고지)	
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	
심장암 및 뇌암 진단비(355고지)	
심장암 및 뇌암 진단비	
호흡기암진단비(355고지)	
호흡기암진단비	
림프종 및 백혈병 관련암 진단비(355고지)	
림프종 및 백혈병 관련암 진단비	
통합형암진단비(유사암제외)(355고지)	
통합형암진단비(유사암제외)	

담보명	보장한도
통합형전이암진단비(355고지) 통합형전이암진단비	
중증갑상선암진단비(355고지) 중증갑상선암진단비	
암수술비(유사암제외, 1회한)(355고지) 암수술비(유사암제외, 1회한)	
뇌혈관질환진단비(355고지) / 뇌혈관질환진단비	
뇌혈관질환진단비(체증형)(355고지) 뇌혈관질환진단비(체증형)	
뇌졸중진단비(355고지) / 뇌졸중진단비	
뇌출혈진단비(355고지) / 뇌출혈진단비	
통합형뇌관련진단비(355고지) 통합형뇌관련진단비	
허혈성심장질환진단비(355고지) / 허혈성심장질환진단비	
허혈성심장질환진단비(체증형)(355고지) 허혈성심장질환진단비(체증형)	
급성심근경색증진단비(355고지) / 급성심근경색증진단비	
통합형심장관련진단비(355고지) 통합형심장관련진단비	
간경변증진단비(355고지) / 간경변증진단비	
중등도이상 만성신부전증진단비(355고지) 중등도이상 만성신부전증진단비	
중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비(355고지) 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비	
질병80%이상후유장해보험금	
말기간경화진단비(355고지) / 말기간경화진단비	
말기신부전증진단비	
말기폐질환진단비(355고지) / 말기폐질환진단비	
6대희귀난치성질환진단비(355고지) / 6대희귀난치성질환진단비	
총수염(맹장)수술비(최초1회한)(355고지) 총수염(맹장)수술비(최초1회한)	
통풍진단비(355고지) / 통풍진단비	
대상포진진단비(355고지) / 대상포진진단비	
대상포진눈병진단비(355고지) / 대상포진눈병진단비	
특정류마티스관절염진단비(355고지) 특정류마티스관절염진단비	최초 1회에 한해 보장
중등도이상 폐렴진단비(355고지) 중등도이상 폐렴진단비	
요로결석진단비(355고지) 요로결석진단비	
심방세동및조동진단비(최초1회한)(355고지) 심방세동및조동진단비(최초1회한)	
갑상선기능저하증진단비(최초1회한)(355고지) 갑상선기능저하증진단비(최초1회한)	
뇌전증진단비(최초1회한)(355고지)	

담보명	보장한도
뇌전증진단비(최초1회한)	
일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(355고지) 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)	
혈전용해치료비(최초1회한)(355고지) / 혈전용해치료비(최초1회한)	
갑상선기능항진증치료비(최초1회한)(355고지) 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)	
보험료납입지원금Ⅲ(유사암진단)(355고지) 보험료납입지원금Ⅲ(유사암진단)	
갑상선암(초기제외)진단비(355고지) 갑상선암(초기제외)진단비	
항암양성자방사선치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(갱신형)	
계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형) :표적항암약물허가치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 보장 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) :표적항암약물허가치료비(최초1회한) 보장	
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	
갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(갱신형)	
항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)(갱신형)	
다빈치로봇암수술비(355고지)(갱신형) :다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 보장, 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 보장 다빈치로봇암수술비(갱신형) :다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한) 보장, 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)(최초1회한) 보장,	
심장질환(특정Ⅰ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅰ)진단비	
심장질환(특정Ⅱ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅱ)진단비	
심장질환(특정Ⅲ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅲ)진단비	
심장질환(특정Ⅳ)진단비(355고지) 심장질환(특정Ⅳ)진단비	
육창진단비(355고지) 육창진단비	
육창중등증이상진단비(3,4단계)(355고지) 육창중등증이상진단비(3,4단계)	
급성당뇨합병증치료비(최초1회한)	
만성당뇨합병증치료비(최초1회한)	
특정고혈압병증치료비(최초1회한)	
조혈모세포이식수술비(최초1회한)(355고지) 조혈모세포이식수술비(최초1회한)	
고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(갱신형)	
산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	

최초 1회에 한해 보장

담보명	보장한도
산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)(355고지) 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)	
보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)(355고지) 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)	
보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)(355고지) 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)	
보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)(355고지) 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)	
항암방사선치료비(355고지) / 항암방사선치료비	암, 기타피부암, 갑상선암 각각 최초 1회에 한해 보장
항암약물치료비(355고지) / 항암약물치료비	
유사암진단비(355고지) / 유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
항암방사선치료후9대합병증진단비(355고지) 항암방사선치료후9대합병증진단비	4대경증합병증, 5대중증합병증 각각 최초 1회에 한해 보장
항암방사선약물치료후5대질병진단비(355고지) 항암방사선약물치료후5대질병진단비	2대질병, 3대질병 각각 최초 1회에 한해 보장
산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형)	중복암, 재등록암 각각 최초 1회에 한해 보장

▶ 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	보장한도
산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형)	연간 1회에 한해 보장
산정특례(심장)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형)	
CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)(355고지) CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)	
수혈치료비(급여,연간1회한)(355고지) 수혈치료비(급여,연간1회한)	
창상봉합술치료비(급여,1일1회한,연간3회한)(355고지) 창상봉합술치료비(급여,1일1회한,연간3회한)	
창상봉합술치료비(안면/경부)(급여,1일1회한,연간3회한)(355고지) 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여,1일1회한,연간3회한)	연간 3회에 한해 보장
십자인대·반월판연골·아킬레스건수술비(각연간1회한,급여)(355고지) 십자인대·반월판연골·아킬레스건수술비(각연간1회한,급여)	십자인대,반월판연골,아킬레스건 각각 연간 1회에 한해 보장
경증이상치매진단비(355고지) / 경증이상치매진단비	최초 1회에 한해 보장
중증치매진단비(355고지) / 중증치매진단비	
장기요양진단비(1등급)(355고지) 장기요양진단비(1등급)	
장기요양진단비(1,2등급)(355고지) 장기요양진단비(1,2등급)	
장기요양진단비(1,2,3등급)(355고지)	

장기요양진단비(1,2,3등급)	
장기요양진단비(1,2,3,4등급)(355고지)	
장기요양진단비(1,2,3,4등급)	
장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)(355고지)	
장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)	
각막이식수술비(최초1회한)(355고지)	
각막이식수술비(최초1회한)	
5대장기이식수술비(최초1회한)(355고지)	
5대장기이식수술비(최초1회한)	
산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(355고지)	
산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)	
보험료납입면제지원금(3대진단)(355고지)	
보험료납입면제지원금(3대진단)	
보험료납입면제지원금(5대진단)(355고지)	
보험료납입면제지원금(5대진단)	
보험료납입면제지원금(8대진단)(355고지)	
보험료납입면제지원금(8대진단)	
보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)(355고지)	
보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)	

※ 보장 제외

이 보험에는 **일부 보장 제외 항목**이 설정된 담보가 있습니다.

▶ 상해 관련 특별약관

담보명	보장제외
골절진단비(치아파절제외)(355고지) 골절진단비(치아파절제외)	치아파절 보장 제외
골절갑스치료비(치아파절제외)	치아파절, 부목치료 보장 제외
골절부목치료비(치아파절제외)	치아파절, 갑스치료 제외

▶ 상해 및 질병 관련 특별약관

담보명	보장제외
갑스치료비	부목치료 보장 제외

※ 자기부담금 차감

이 보험에는 **일정금액**의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

▶ 배상책임 관련 특별약관

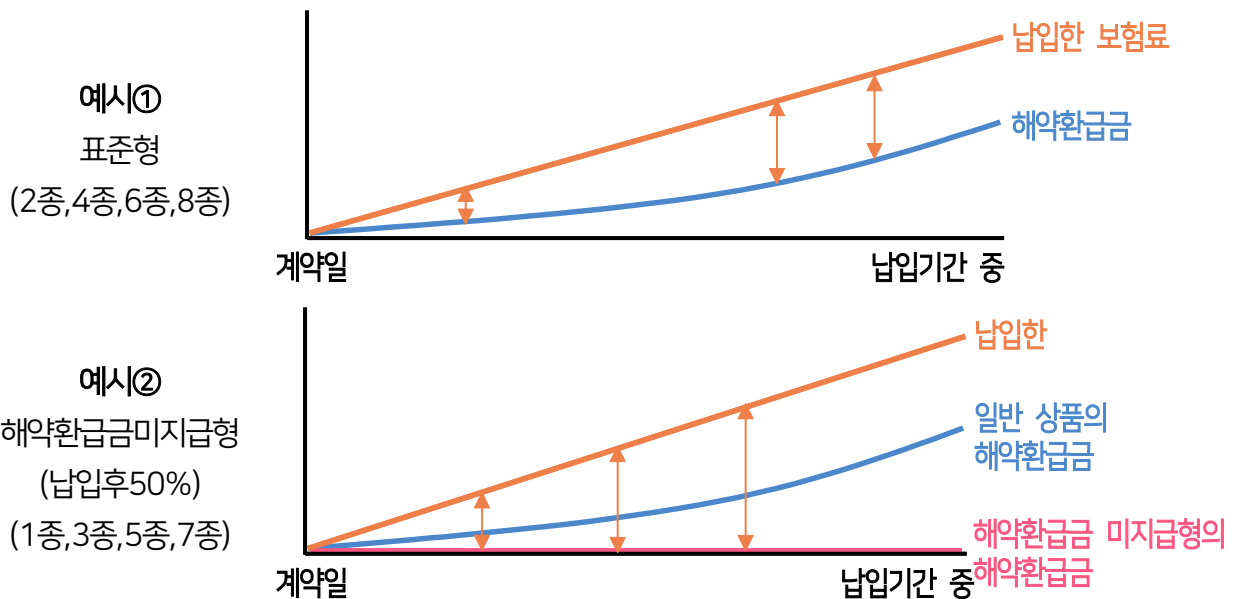
담보명	자기부담금 차감금액
가족일상생활배상책임 II (대인공제없음, 대물공제(누수50만원, 누수외20만원))(갱신형)	매 사고마다 대물배상책임으로 누수 50만원, 누수 외 20만원

② 해약환급금에 관한 사항

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



- ① **해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.**
(해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결, 유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급)
- ② **해약환급금미지급형(납입후50%)은 납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 해약환급금이 없습니다.



③ 갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 특약이 포함되어 있습니다.



※ 갱신형 계약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

▶ 갱신 시 보험료가 인상 될 수 있는 특약

특별약관 분류	담보명
상해 관련 특별약관	간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(갱신형) 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
	간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(355고지)(갱신형) 간병인사용 일반상해입원비Ⅲ(1일이상180일한도)(갱신형)

특별약관 분류	담보명
	간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(갱신형)
	간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
	산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(갱신형)
질병 관련 특별약관	산정특례(중증외상)치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(중증외상)치료비(최초1회한)(갱신형)
	표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(갱신형)
	계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형)
	계속받는 표적항암약물허가치료비(갱신형)
	요실금수술비(급여,연간1회한)(355고지)(갱신형)
	요실금수술비(급여,연간1회한)(갱신형)
	다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(355고지)(갱신형)
	다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(갱신형)
	다빈치로봇암수술비(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	다빈치로봇암수술비(최초1회한)(갱신형)
	항암양성자방사선치료비(355고지)(갱신형)
	항암양성자방사선치료비(갱신형)
	표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(355고지)(갱신형)
	표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(갱신형)
	갑상선암수술후호르몬약물치료비(355고지)(갱신형)
	갑상선암수술후호르몬약물치료비(갱신형)
	항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(355고지)(갱신형)
	항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(갱신형)
	고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(갱신형)
	카티(CAR-T)항암약물허가치료비(355고지)(갱신형)
	카티(CAR-T)항암약물허가치료비(갱신형)
	간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(갱신형)
	간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
	간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(355고지)(갱신형)
	간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(갱신형)
	간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(갱신형)
	간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
	산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(갱신형)
	산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(갱신형)
	산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(중복암및재등록암)치료비(최초1회한)(갱신형)
상해 및 질병 관련 특별약관	산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(갱신형)
	산정특례(심장)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(심장)치료비(연간1회한)(갱신형)
배상책임 관련 특별약관	산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형)
	산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(갱신형)
	가족일상생활배상책임Ⅱ (대인공제없음,대물공제(누수50만원,누수외20만원))(갱신형)

④ 실손보상형 담보

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



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

▶ 실손보상형 특약

특별약관 분류	담보명
비용손해 관련 특별약관	보이스피싱손해보상금
	민사소송법률비용
	의료사고법률비용
배상책임 관련 특별약관	가족일상생활배상책임 II (대인공제없음,대물공제(누수50만원,누수외20만원))(갱신형)

⑤ 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

(사망,상해,질병 등)

- ① 이 보험은 질병 및 상해 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 특약의 경우 기본계약과 보험기간이 다를 수 있습니다.
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

금리연동형

보험

(적용금리변동)

- ① 이 보험에서 표준형 [2종, 4종, 6종, 8종]을 가입한 경우 **계약자적립액 산출**에 적용되는 **이율**은 **매월 변동**됩니다.
- ② 동 **이율**은 납입한 적립보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.
- ③ 이 보험의 **최저보증이율***은 연복리 **0.3%**입니다.
· 운용자산이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

유병자보험

(일반인 가입시 불리)

- ① 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
- ② **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

예금자보호

(KDIC보호금융상품)

1인당 최고 5천만원

- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 **해약환급금(또는 만기시 보험금)과 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지"** (본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.
이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지" 보호됩니다.

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

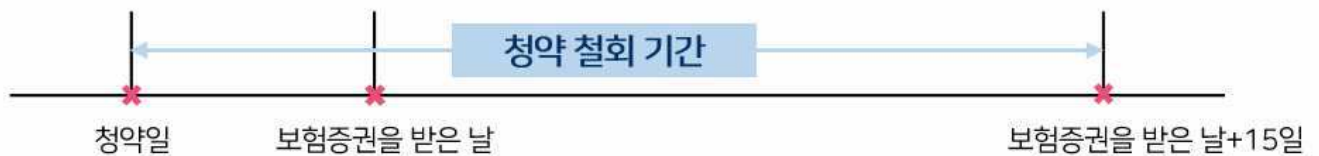
① 청약을 철회할 수 있는 권리

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



※ 청약 철회가 불가한 경우

- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상인 계약자가 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
- ② 회사가 **건강상태 진단**을 지원하는 계약, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

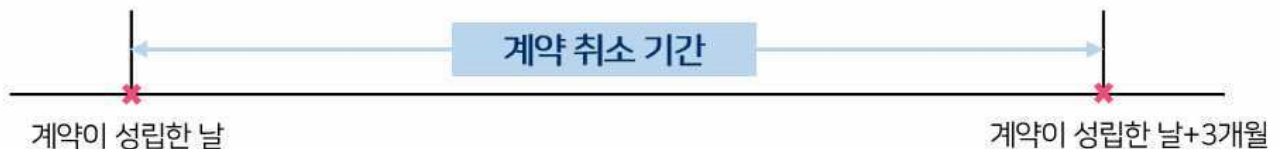


② 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보험계약자는 다음의 경우에 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.

- ◆ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ◆ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ◆ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

<계약 취소 시 지급하는 금액>
납입한 보험료 + 이자



③ 보험계약의 무효

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

- ◆ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 **피보험자의 서면 동의**를 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**

④ 보험계약前 알릴 의무 및 위반시 효과

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



- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항**을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



법률 지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]

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



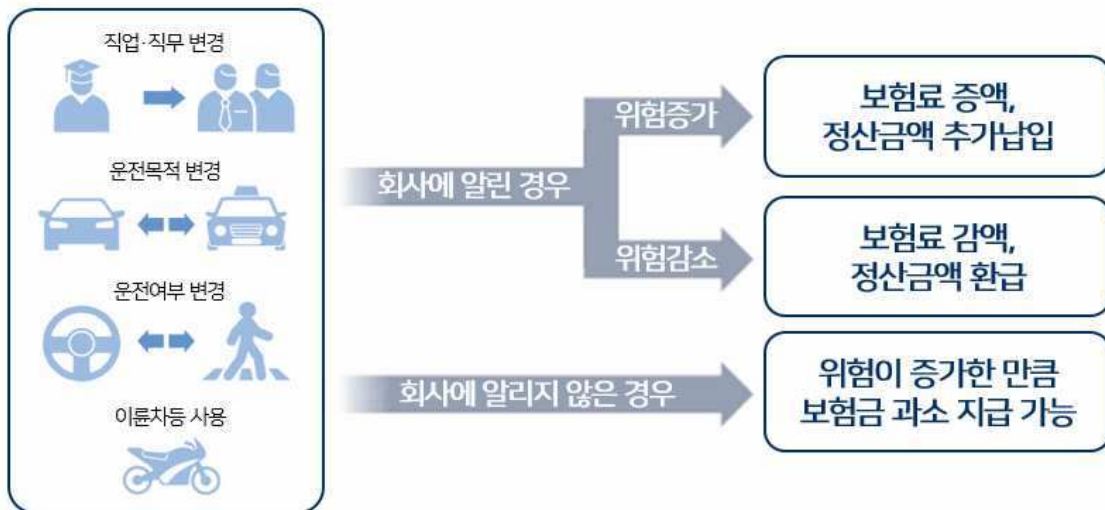
⑤ 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 등은 피보험자의 **직업직무 변경** 등이 발생한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**할 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.



※ 보험회사는 피보험자의 **직업직무 변경** 등으로

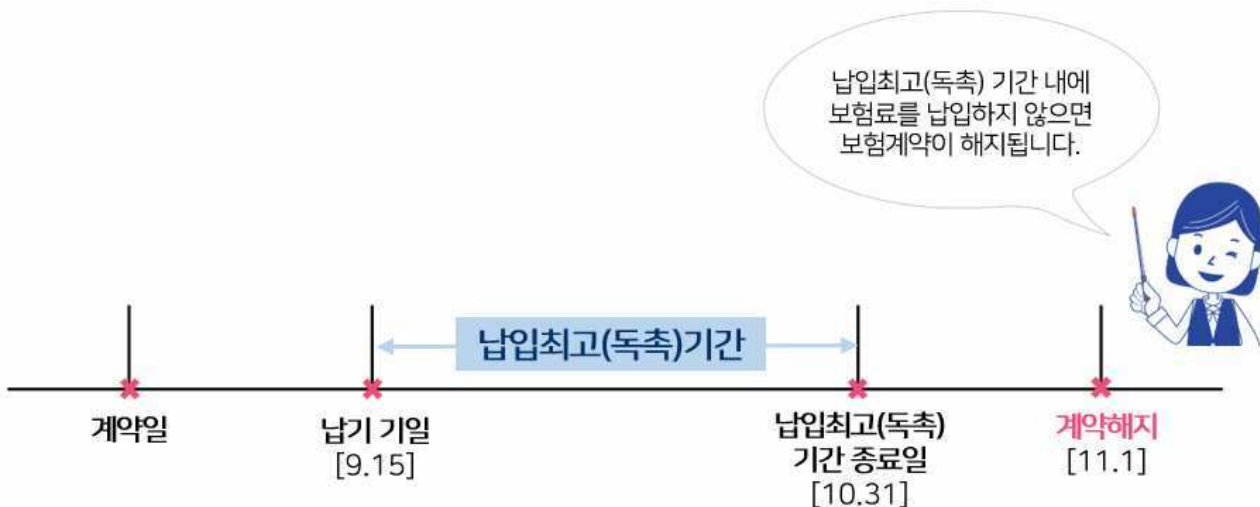
- ① **위험이 감소**한 경우 **보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,
- ② **위험이 증가**한 경우 **보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가납입**이 **필요**할 수 있습니다.



⑥ 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

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

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

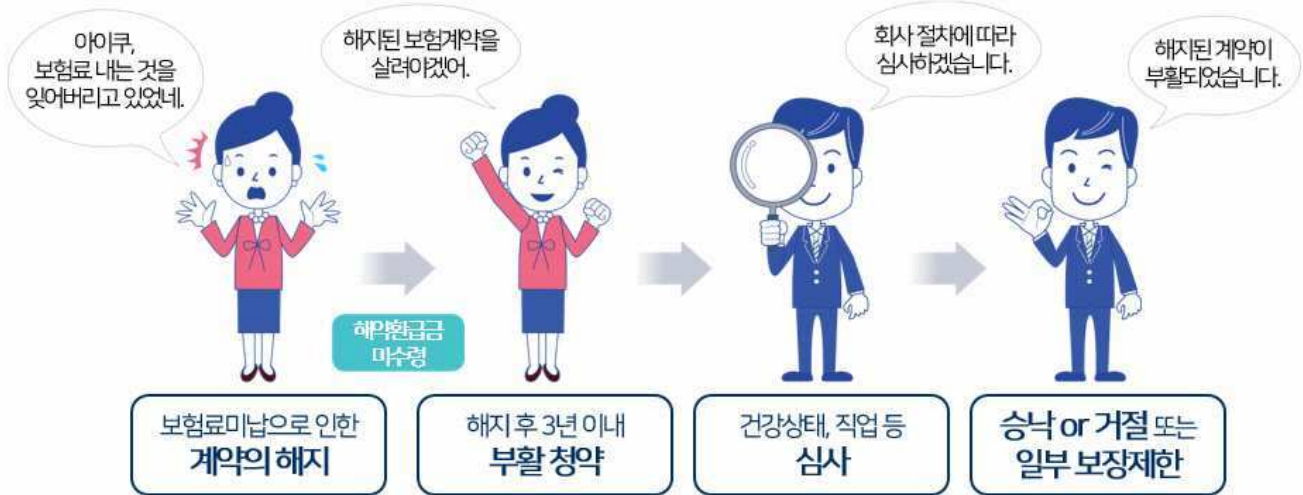


⑦ 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

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



※ 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다.



⑧ 보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 **보험계약대출**을 받을 수 있습니다.



- ① 상환하지 않은 **보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
- ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

<예시>

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

보험회사

-

해약환급금
1,000만원

=

원금 500만원
이자 5만원
실수령액 495만원

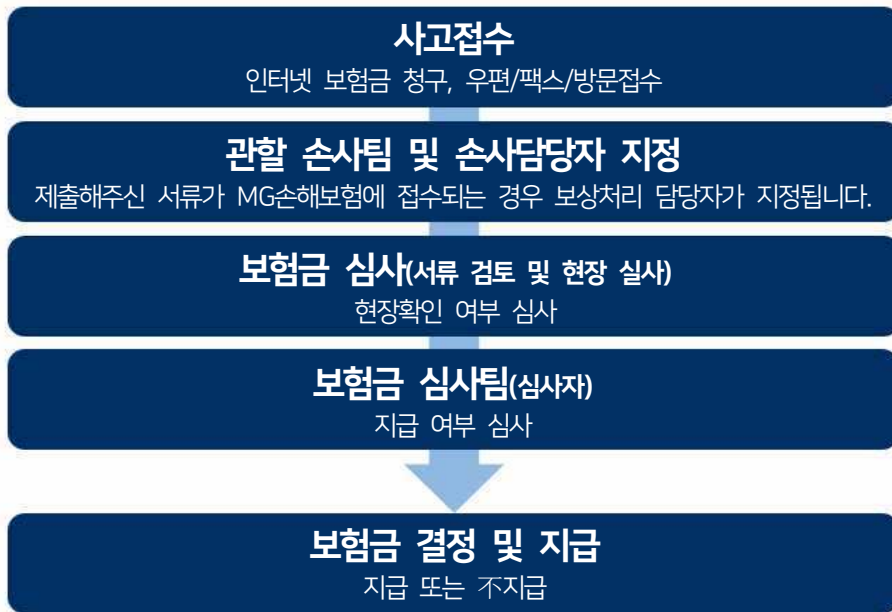


⑨ 보험금 청구 절차 및 필요서류 안내

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

MG손해보험 홈페이지(www.mggeneralins.com)에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급 내역을 확인하실 수 있으며, **보험금 부지급 결정** 및 **산정내역**에 **이의사항**이 있는 경우 **고객콜센터**(Tel. 1588-5959)로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 청구 절차



※ 필요 서류



- ① **소액 보험금 청구 시** 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우가 있으나, **보험금 청구 전**에 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.
- ② 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 추가 서류가 필요할 수 있습니다.

구분	진단서	진단사실 확인서류	수술확인서	입·퇴원확인서	공통
사망	● (사망진단서)				보험금 청구서 · 신분증
입원	●			●	
통원	△	△			
장해	● (후유장해진단서)				
진단	●	●			
수술	●		●	●	

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.
진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

IV. 자주 발생하는 민원 사례

보험계약 前 알릴의무

A씨는 계약 체결 시 과거 치료이력이 별 것 아니라고 판단하여 청약서의 질문서에 기재하지 않고 보험을 가입함. 이후 회사가 고지의무 위반을 근거로 보장을 일부 제한

➡ 보험회사는 가입시에 계약자 및 피보험자가 보험계약과 관련된 '중요한 사항'에 대해 회사에 사실대로 알려야 하며, 허위 또는 부실하게 알렸을 경우에는 보험사고 발생시 보상이 되지 않거나 보험계약이 해지 될 수 있음을 안내

중요한 사항

회사가 그 사실을 알았다더라면 보험계약의 인수를 거절하거나 보험가입금액의 한도를 제한하는 등 계약인수여부 또는 보험료 책정에 영향을 미치는 사항을 말합니다. 또한 청약서 상의 질문사항은 중요한 사항으로 추정됩니다



보험계약 後 알릴의무

B씨는 사무직에서 공장 생산직으로 직위가 변경된 후, 작업 중 기계에 손을 다쳤는데 보험금 지급이 제한되어 민원을 제기

➡ 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경하게 된 경우, 지체없이 회사에 알려야 함을 안내



갱신형

C씨는 갱신형 담보를 포함하여 계약을 체결한 후 갱신 시점에서 자동갱신 안내문에 기재된 보험료가 많이 인상됐다는 사실을 확인하고 민원을 제기

➡ 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있음을 안내



해약환급금 미지급형

D씨는 '해약환급금 미지급형'으로 계약 체결 후 보험료 납입기간이 끝나지 않은 시점에서 계약을 해지하였으나 해약환급금이 미지급되어 민원을 제기

➡ 해약환급금 미지급형(납입후50%) [1종, 3종, 5종, 7종] 계약의 경우 보험료 납입기간 중 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형 [2종, 4종, 6종, 8종] 계약보다 상대적으로 보험료가 낮은 상품으로, 해약환급금 미지급형(납입후50%) [1종, 3종, 5종, 7종] 계약 체결시 해지시점에 따라 해약환급금 지급액 등의 유의사항을 반드시 확인



해약환급금

E씨는 표준형 [2종, 4종, 6종, 8종] 계약 체결 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였는데, 해약환급금이 납입한 보험료 보다 적어 민원을 제기

➡ 보험회사는 보험계약에서 은행 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있음을 안내



암직접치료 입원비 지급 여부

F씨는 위암으로 인해 위부분절제술 및 항암치료 시행 후 요양병원에 입원하여 면역력 향상 및 후유증 완화 등의 약물치료를 포함한 입원치료를 받고 암직접치료입원비를 청구하였으나 면책 안내 받아 민원을 제기

➡ 암의 직접치료는 종양을 제거하거나 종양의 증식을 억제하기 위한 수술이나 방사선치료, 항종양 약물치료 등 항암치료를 의미. 암 치료 후 그로 인해 발생한 후유증 및 부작용을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것과 면역력 향상 목적 등의 치료는 암직접치료 입원비에 해당하지 않음



항암방사선 치료를 받은 경우 암수술비 지급 여부

G씨는 항암방사선 치료를 통해 종양크기를 줄인 후 암수술을 받고 항암방사선 치료와 암수술 모두에 대하여 보험금을 청구하였으나 암수술에 대해서만 인정되어 민원을 제기

➡ 이 특약에서 수술은 의료기구를 사용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며 항암방사선치료는 고에너지 전리 방사선을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법으로서 이에 해당하지 않음을 안내



같은 종류의 질병으로 수술을 2회 이상 받은 경우 질병수술비 지급 여부

H씨는 척추협착증(유합술) 수술을 받은 후에 허리통증이 지속되어 1년이 되지 않아 재수술을 받고 최초수술과 재수술 모두에 대해 회사에 보험금을 청구하였으나 하나의 건만 인정되어 민원을 제기

➡ 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하며, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후에만 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급함을 안내





오늘부터!

MG손해보험



※ 본 약관은 관계 법령 및
내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

무배당

원더풀

355 간편보험

(세만기형)[24.04]

※ 2024년 5월 2일 이후 신규계약에 적용하는 약관입니다.



오늘부터!

MG손해보험

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용되며, 고객이 영업장, 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1)회사가 본인의 개인신용정보(이하 “본인정보”)를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2)회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 “마케팅”) 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 상의 고객 권리

가. 본인정보의 제공사실 통보 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 회사가 본인정보를 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 회사가 제3자로부터 제공받은 연체 정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우 그 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제공·이용 동의철회 요구권 및 연락중지 요구

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

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

라. 본인정보의 열람 및 정정요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대한 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정·삭제를 요구할 수 있으며, 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조사회회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰로)를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조사회회사에 문의하시기 바랍니다.

바. 위의 권리행사(동 법률 제35조~38조)를 원하시는 고객은 아래의 매체를 통하여 신청하여 주시기 바랍니다.

▶ 전 화 : 1588-5959

▶ 인터넷 : <http://www.mggeneralins.com>

▶ 서 면 : 서울특별시 강남구 테헤란로 335 MG손해보험빌딩

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

가. 당사 개인정보 보호실무책임자 :

▶ (02)3788-2562/서울특별시 강남구 테헤란로 335

나. 손해보험협회 개인신용정보 보호담당자 :

▶ (02)3702-8500/서울특별시 종로구 종로5길 68

다. 금융감독원 개인신용정보 보호담당자 :

▶ 국번없이 1332/서울특별시 영등포구 여의대로 38

보험용어해설

보험약관		• 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권		• 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약자		• 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자		• 보험사고 발생의 대상이 되는 사람
보험수익자		• 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
보험료	보장 보험료	• 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
	적립 보험료	• 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
	적립부분 순보험료	• 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액
보험금		• 피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간		• 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일		• 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일		• 계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
보험가입금액		• 보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨
계약자적립액		• 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산한 금액
해약환급금		• 계약이 해지되는 때에 보험계약자에게 돌려주는 금액

목 차

[세만기형 - 간편고지형]

◇ 무배당 원더풀 355 간편보험(24.04) 보통약관 [1종, 2종, 5종, 6종]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)	62
제2조(용어의 정의)	62

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)	63
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	63
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	64
제6조(보험금 지급사유의 통지)	64
제7조(보험금의 청구)	65
제8조(보험금의 지급절차)	65
제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시)	66
제10조(중도인출에 관한 사항)	67
제11조(만기환급금의 지급)	67
제12조(보험금을 받는 방법의 변경)	68
제13조(주소변경통지)	68
제14조(보험수익자의 지정)	68
제15조(대표자의 지정)	68

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)	69
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)	69
제18조(알릴 의무 위반의 효과)	70
제19조(사기에 의한 계약)	71

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)	72
제21조(청약의 철회)	72
제22조(약관교부 및 설명 의무 등)	73
제23조(계약의 무효)	74
제24조(계약내용의 변경 등)	75
제25조(보험나이 등)	76
제26조(계약의 소멸)	76

제5관 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	76
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	77
제29조(“암” 등의 정의 및 진단확정)	77
제30조(보험료의 납입면제)	78
제31조(보험료의 자동대출납입)	80

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	81
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	82
제34조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	82

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	83
제35조의2(위법계약의 해지)	83
제36조(중대사유로 인한 해지)	83
제37조(회사의 파산선고와 해지)	83
제38조(해약환급금)	84
제39조(보험계약대출)	84
제40조(배당금의 지급)	84

제7관 분쟁의 조정 등

제41조(분쟁의 조정)	85
제42조(관할법원)	85
제43조(소멸시효)	85
제44조(약관의 해석)	85
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	85
제46조(회사의 손해배상책임)	85
제47조(개인정보보호)	86
제48조(준거법)	86
제49조(예금보험에 의한 지급보장)	86

◇ 무배당 원더폴 355 간편보험(24.04) 특별약관 [1종, 2종, 5종, 6종]

【 상해 관련 특별약관 】

1. 일반상해사망보험금 특별약관	88
2. 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금 특별약관	89
3. 일반상해3%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관	93
4. 일반상해20%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관	94
5. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관	96
6. 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	97
7. 일반상해입원비(1일이상20일한도)(355고지) 특별약관	98
8. 종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	99
9. 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	102
10. 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	104
11. 일반상해수술비(355고지) 특별약관	105
12. 일반상해1~5종수술비(355고지) 특별약관	108
13. 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	110
14. 일반상해입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	115
15. 중대한상해수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	119
16. 상해흉터복원수술비(355고지) 특별약관	122
17. 골절진단비(치아파절제외)(355고지) 특별약관	124
18. 골절진단비(치아파절포함)(355고지) 특별약관	125
19. 골절수술비(355고지) 특별약관	126
20. 골절특정재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)(355고지) 특별약관	129
21. 화상진단비(355고지) 특별약관	131
22. 화상수술비(355고지) 특별약관	132
23. 척추상해수술비(관혈/비관혈)(355고지) 특별약관	134

24. 시니어골절진단비(355고지) 특별약관	136
25. 시니어골절수술비(355고지) 특별약관	137
26. 골절깁스치료비(치아파절제외) 특별약관	140
27. 골절부목치료비(치아파절제외) 특별약관	141
28. 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관	142
29. 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	143
30. 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	145
31. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관	147
32. 강력범죄피해보상금 특별약관	149
33. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	151
34. 간병인사용 일반상해입원비 II(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	157
35. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	167

【 질병 관련 특별약관 】

1. 질병사망보험금 특별약관	170
2. 질병3%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관	171
3. 질병50%이상후유장해보험금 특별약관	172
4. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관	174
5. 암진단비(유사암제외)(355고지) 특별약관	175
6. 암진단비(유사암제외)(체증형)(355고지) 특별약관	178
7. 암진단비(유사암및특정소액암제외)(355고지) 특별약관	180
8. 유사암진단비(355고지) 특별약관	183
9. 갑상선암(초기제외)진단비(355고지) 특별약관	185
10. 중증갑상선암진단비(355고지) 특별약관	187
11. 고액치료비암진단비(355고지) 특별약관	190
12. 시니어다발암진단비(355고지) 특별약관	192
13. 남성생식기관(전립선, 음경, 고환)암진단비(355고지) 특별약관	195
14. 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암진단비 특별약관	197
15. 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비(355고지) 특별약관	200
16. 위암 및 식도암 진단비(355고지) 특별약관	202
17. 소장암·대장암 및 항문암 진단비(355고지) 특별약관	205
18. 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비(355고지) 특별약관	207
19. 심장암 및 뇌암 진단비(355고지) 특별약관	210
20. 호흡기암진단비(355고지) 특별약관	212
21. 림프종 및 백혈병 관련암 진단비(355고지) 특별약관	215
22. 통합형암진단비(유사암제외)(355고지) 특별약관	218
23. 통합형전이암진단비(355고지) 특별약관	222
24. 뇌혈관질환진단비(355고지) 특별약관	225
25. 뇌혈관질환진단비(체증형)(355고지) 특별약관	227
26. 뇌졸중진단비(355고지) 특별약관	228
27. 뇌출혈진단비(355고지) 특별약관	230
28. 통합형뇌관련진단비(355고지) 특별약관	231
29. 허혈성심장질환진단비(355고지) 특별약관	233
30. 허혈성심장질환진단비(체증형)(355고지) 특별약관	235
31. 급성심근경색증진단비(355고지) 특별약관	236
32. 통합형심장관련진단비(355고지) 특별약관	238
33. 심장질환(특정 I)진단비(355고지) 특별약관	240
34. 심장질환(특정 II)진단비(355고지) 특별약관	241
35. 심장질환(특정 III)진단비(355고지) 특별약관	243

36. 심장질환(특정Ⅳ)진단비(355고지) 특별약관	244
37. 간경변증진단비(355고지) 특별약관	246
38. 중등도이상 만성신부전증진단비 특별약관	247
39. 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비(355고지) 특별약관	249
40. 중등도이상 폐렴진단비(355고지) 특별약관	250
41. 말기간경화진단비(355고지) 특별약관	251
42. 말기신부전증진단비 특별약관	253
43. 말기폐질환진단비(355고지) 특별약관	254
44. 6대희귀난치성질환진단비(355고지) 특별약관	256
45. 통풍진단비(355고지) 특별약관	257
46. 대상포진진단비(355고지) 특별약관	258
47. 대상포진눈병진단비(355고지) 특별약관	260
48. 특정류마티스관절염진단비(355고지) 특별약관	261
49. 요로결석진단비(355고지) 특별약관	263
50. 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)(355고지) 특별약관	265
51. 욕창진단비(355고지) 특별약관	266
52. 욕창중등증이상진단비(3,4단계)(355고지) 특별약관	268
53. 심방세동및조동진단비(355고지) 특별약관	269
54. 갑상선기능저하증진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관	271
55. 뇌전증진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관	272
56. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관	274
57. 혈전용해치료비(최초1회한)(355고지) 특별약관	275
58. 혈전용해치료비(연간1회한)(355고지) 특별약관	278
59. 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)(355고지) 특별약관	281
60. 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	284
61. 질병입원비(1일이상20일한도)(355고지) 특별약관	286
62. 종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	288
63. 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	291
64. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	294
65. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	296
66. 요양병원암입원비(1일이상90일한도)(355고지) 특별약관	300
67. 암중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	303
68. 상급종합병원암직접치료통원비(355고지) 특별약관	306
69. 암직접치료통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	309
70. 암직접치료통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	313
71. 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	317
72. 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	320
73. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	324
74. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	327
75. 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	331
76. 뇌졸중통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	333
77. 뇌졸중통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	334
78. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	336
79. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	338
80. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	339
81. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	341
82. 뇌혈관질환통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	343
83. 뇌혈관질환통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	344
84. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	346
85. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	348

86. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	350
87. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	351
88. 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	353
89. 급성심근경색증통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	355
90. 급성심근경색증통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	357
91. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	358
92. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	360
93. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	362
94. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	363
95. 허혈성심장질환통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	365
96. 허혈성심장질환통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	366
97. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	368
98. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	370
99. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	371
100. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	373
101. 특정전염병 II 입원비(1일이상30일한도)(355고지) 특별약관	375
102. 질병수술비(355고지) 특별약관	377
103. 질병수술비(백내장제외)(355고지) 특별약관	379
104. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(355고지) 특별약관	382
105. 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)(355고지) 특별약관	385
106. 질병수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	388
107. 질병수술비(상급종합병원)(355고지) 특별약관	391
108. 질병1~5중수술비III(355고지) 특별약관	395
109. 질병1~8중수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	397
110. 질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	402
111. 新112대특정질병수술비(355고지) 특별약관	406
112. 新112대특정질병수술비 II(355고지) 특별약관	411
113. 암수술비(유사암제외)(355고지) 특별약관	416
114. 암수술비(유사암제외)(25%체증형)(355고지) 특별약관	419
115. 유사암수술비(355고지) 특별약관	423
116. 유사암수술비(25%체증형)(355고지) 특별약관	425
117. 암수술비(유사암제외,1회한)(355고지) 특별약관	428
118. 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	432
119. 암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	434
120. 항암방사선치료비(355고지) 특별약관	437
121. 항암약물치료비(355고지) 특별약관	440
122. 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	442
123. 항암방사선치료후9대합병증진단비(355고지) 특별약관	446
124. 항암방사선약물치료후5대질병진단비(355고지) 특별약관	450
125. 뇌혈관질환수술비 II(355고지) 특별약관	454
126. 뇌졸중수술비 II(355고지) 특별약관	456
127. 뇌출혈수술비 II(355고지) 특별약관	458
128. 허혈성심장질환수술비 II(355고지) 특별약관	460
129. 급성심근경색증수술비 II(355고지) 특별약관	462
130. 심뇌혈관질환수술비 II(355고지) 특별약관	464
131. 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비 II(25%체증형)(355고지) 특별약관	466
132. 3대질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	469
133. 충수염(맹장)수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	474
134. 간질환수술비(355고지) 특별약관	475
135. 안과질환수술비(355고지) 특별약관	477

136. 호흡기질환수술비(355고지) 특별약관	481
137. 이비인후과질환수술비(355고지) 특별약관	482
138. 척추질환수술비(관혈/비관혈)(355고지) 특별약관	485
139. 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	488
140. 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	490
141. 심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	492
142. 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	494
143. 조혈모세포이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	496
144. 암주요치료비(특정유사암제외,감액없음) (진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관 ..	498
145. 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관	503
146. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관	508
147. 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관	516
148. 요실금수술비(급여,연간1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	524
149. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	527
150. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	530
151. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관 ..	537
152. 계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형) 특별약관	540
153. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관	547
154. 갑상선암수술후호르몬약물치료비(355고지)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	553
155. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(355고지)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	556
156. 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관 ..	562
157. 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	565
158. 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	567
159. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관 ..	576
160. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관 ..	583
161. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	594
162. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관 ..	597
163. 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	602
164. 산정특례(중복암및재등록암)치료비(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	605
165. 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)(355고지) 특별약관	612
166. 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)(355고지) 특별약관	616
167. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)(355고지) 특별약관	620
168. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)(355고지) 특별약관	623
169. 암진단비(유사암제외,면책없음,감액없음)(355고지) 특별약관	628
170. 암진단비(유사암및특정소액암제외,면책없음,감액없음)(355고지) 특별약관	630
171. 유사암진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	632
172. 뇌졸중진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	634
173. 뇌출혈진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	635
174. 뇌혈관질환진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	637
175. 급성심근경색증진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	638
176. 허혈성심장질환진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	639

【 상해 및 질병 관련 특별약관 】

1. 경증이상치매진단비(355고지) 특별약관	642
2. 중증치매진단비(355고지) 특별약관	646
3. CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	648

4. 장기요양진단비(1등급)(355고지) 특별약관	652
5. 장기요양진단비(1,2등급)(355고지) 특별약관	654
6. 장기요양진단비(1,2,3등급)(355고지) 특별약관	656
7. 장기요양진단비(1,2,3,4등급)(355고지) 특별약관	658
8. 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)(355고지) 특별약관	660
9. 십자인대·반월판연골·아킬레스건수술비(각 연간1회한, 급여) 특별약관	662
10. 뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절수술비(355고지) 특별약관	665
11. 기관절개수술비(급여) 특별약관	667
12. 창상봉합술치료비(급여,1일1회한,연간3회한)(355고지) 특별약관	669
13. 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여,1일1회한,연간3회한)(355고지) 특별약관	671
14. 응급실내원진료비(응급) 특별약관	673
15. 갑치치료비 특별약관	674
16. 수혈치료비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	675
17. 각막이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	677
18. 5대장기이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	679
19. 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	681
20. 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형및 비갱신형) 특별약관	683
21. 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장	685
22. 보험료납입면제지원금(3대진단)(355고지) 특별약관	689
23. 보험료납입면제지원금(5대진단)(355고지) 특별약관	693
24. 보험료납입면제지원금(8대진단)(355고지) 특별약관	698

【 비용손해 관련 특별약관 】

1. 보이스피싱손해보상금 특별약관	704
2. 보복운전피해보상금(운전) 특별약관	706
3. 의료사고법률비용 특별약관	708
4. 민사소송법률비용 특별약관	710

【 배상책임 관련 특별약관 】

1. 가족일상생활배상책임Ⅱ (대인공제없음,대물공제(누수50만원,누수외20만원))(갱신형) 특별약관	718

[세만기형 - 일반고지형]

◇ 무배당 원더풀 355 간편보험(24.04) 보통약관 [3종, 4종, 7종, 8종]

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)	728
제2조(용어의 정의)	728

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)	729
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	729
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	730
제6조(보험금 지급사유의 통지)	730
제7조(보험금의 청구)	731
제8조(보험금의 지급절차)	731
제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시)	732

제10조(중도인출에 관한 사항)	733
제11조(만기환급금의 지급)	733
제12조(보험금을 받는 방법의 변경)	734
제13조(주소변경통지)	734
제14조(보험수익자의 지정)	734
제15조(대표자의 지정)	734
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	
제16조(계약 전 알릴 의무)	735
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)	735
제18조(알릴 의무 위반의 효과)	736
제19조(사기에 의한 계약)	737
제4관 보험계약의 성립과 유지	
제20조(보험계약의 성립)	738
제21조(청약의 철회)	738
제22조(약관교부 및 설명 의무 등)	739
제23조(계약의 무효)	740
제24조(계약내용의 변경 등)	741
제25조(보험나이 등)	742
제26조(계약의 소멸)	742
제5관 보험료의 납입	
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	742
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	743
제29조(“암” 등의 정의 및 진단확정)	743
제30조(보험료의 납입면제)	744
제31조(보험료의 자동대출납입)	746
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	747
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	748
제34조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	748
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	749
제35조의2(위법계약의 해지)	749
제36조(중대사유로 인한 해지)	749
제37조(회사의 파산선고와 해지)	750
제38조(해약환급금)	750
제39조(보험계약대출)	750
제40조(배당금의 지급)	750
제7관 분쟁의 조정 등	
제41조(분쟁의 조정)	751
제42조(관할법원)	751
제43조(소멸시효)	751
제44조(약관의 해석)	751
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	751
제46조(회사의 손해배상책임)	751
제47조(개인정보보호)	752
제48조(준거법)	752

제49조(예금보험에 의한 지급보장)	752

◇ 무배당 원더풀 355 간편보험(24.04) 특별약관 [3종, 4종, 7종, 8종]

【 상해 관련 특별약관 】

1. 일반상해사망보험금 특별약관	754
2. 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금 특별약관	755
3. 일반상해3%이상후유장해보험금 특별약관	759
4. 일반상해20%이상후유장해보험금 특별약관	760
5. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관	762
6. 일반상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관	763
7. 일반상해입원비(1일이상20일한도) 특별약관	764
8. 종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관	765
9. 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관	768
10. 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관	770
11. 일반상해수술비 특별약관	771
12. 일반상해1~5종수술비 특별약관	774
13. 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관	776
14. 일반상해입원치료수술비(종합병원) 특별약관	781
15. 중대한상해수술비(최초1회한) 특별약관	785
16. 상해흉터복원수술비 특별약관	788
17. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관	790
18. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관	791
19. 골절수술비 특별약관	792
20. 골절특정재활치료비(급여,1일1회,연간10회한) 특별약관	795
21. 화상진단비 특별약관	797
22. 화상수술비 특별약관	798
23. 척추상해수술비(관혈/비관혈) 특별약관	800
24. 시니어골절진단비 특별약관	802
25. 시니어골절수술비 특별약관	803
26. 골절깁스치료비(치아파절제외) 특별약관	806
27. 골절부목치료비(치아파절제외) 특별약관	807
28. 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관	808
29. 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	809
30. 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	811
31. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관	813
32. 강력범죄피해보상금 특별약관	815
33. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	817
34. 간병인사용 일반상해입원비II(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	823
35. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	833

【 질병 관련 특별약관 】

1. 질병사망보험금 특별약관	836
2. 질병3%이상후유장해보험금 특별약관	837
3. 질병50%이상후유장해보험금 특별약관	838
4. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관	840
5. 암진단비(유사암제외) 특별약관	841
6. 암진단비(유사암제외)(체증형) 특별약관	844

7. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관	846
8. 유사암진단비 특별약관	849
9. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관	851
10. 중증갑상선암진단비 특별약관	853
11. 고액치료비암진단비 특별약관	856
12. 시니어다발암진단비 특별약관	858
13. 남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암진단비 특별약관	861
14. 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비 특별약관	863
15. 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비 특별약관	866
16. 위암 및 식도암 진단비 특별약관	868
17. 소장암·대장암 및 항문암 진단비 특별약관	871
18. 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비 특별약관	873
19. 심장암 및 뇌암 진단비 특별약관	876
20. 호흡기암진단비 특별약관	878
21. 림프종 및 백혈병 관련암 진단비 특별약관	881
22. 통합형암진단비(유사암제외) 특별약관	884
23. 통합형전이암진단비 특별약관	888
24. 뇌혈관질환진단비 특별약관	891
25. 뇌혈관질환진단비(체증형) 특별약관	893
26. 뇌졸중진단비 특별약관	894
27. 뇌출혈진단비 특별약관	896
28. 통합형뇌관련진단비 특별약관	897
29. 허혈성심장질환진단비 특별약관	899
30. 허혈성심장질환진단비(체증형) 특별약관	901
31. 급성심근경색증진단비 특별약관	902
32. 통합형심장관련진단비 특별약관	904
33. 심장질환(특정Ⅰ)진단비 특별약관	906
34. 심장질환(특정Ⅱ)진단비 특별약관	907
35. 심장질환(특정Ⅲ)진단비 특별약관	909
36. 심장질환(특정Ⅳ)진단비 특별약관	910
37. 간경변증진단비 특별약관	912
38. 중등도이상 만성신부전증진단비 특별약관	913
39. 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관	915
40. 중등도이상 폐렴진단비 특별약관	916
41. 말기간경화진단비 특별약관	917
42. 말기신부전증진단비 특별약관	919
43. 말기폐질환진단비 특별약관	920
44. 6대희귀난치성질환진단비 특별약관	922
45. 통풍진단비 특별약관	923
46. 대상포진진단비 특별약관	924
47. 대상포진눈병진단비 특별약관	926
48. 특정류마티스관절염진단비 특별약관	927
49. 요로결석진단비 특별약관	929
50. 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관	930
51. 육창진단비 특별약관	932
52. 육창중등증이상진단비(3,4단계) 특별약관	934
53. 심방세동및조동진단비 특별약관	935
54. 갑상선기능저하증진단비(최초1회한) 특별약관	937
55. 뇌전증진단비(최초1회한) 특별약관	938
56. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한) 특별약관	940

57. 혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관	941
58. 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관	944
59. 갑상선기능항진증치료비(최초1회한) 특별약관	947
60. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관	950
61. 질병입원비(1일이상20일한도) 특별약관	952
62. 종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관	954
63. 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관	957
64. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관	960
65. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관	962
66. 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관	966
67. 암중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관	969
68. 상급종합병원암직접치료통원비 특별약관	972
69. 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관	975
70. 암직접치료통원비(연간10회한) 특별약관	979
71. 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	983
72. 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	986
73. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	990
74. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	993
75. 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관	997
76. 뇌졸중통원비(연간30회한) 특별약관	999
77. 뇌졸중통원비(연간10회한) 특별약관	1000
78. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1002
79. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1004
80. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1005
81. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1007
82. 뇌혈관질환통원비(연간30회한) 특별약관	1009
83. 뇌혈관질환통원비(연간10회한) 특별약관	1010
84. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1012
85. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1014
86. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1016
87. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1017
88. 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관	1019
89. 급성심근경색증통원비(연간30회한) 특별약관	1021
90. 급성심근경색증통원비(연간10회한) 특별약관	1023
91. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1024
92. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1026
93. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1028
94. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1029
95. 허혈성심장질환통원비(연간30회한) 특별약관	1031
96. 허혈성심장질환통원비(연간10회한) 특별약관	1032
97. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1034
98. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1036
99. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1037
100. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1039
101. 특정전염병 II 입원비(1일이상30일한도) 특별약관	1041
102. 질병수술비 특별약관	1043
103. 질병수술비(백내장제외) 특별약관	1045
104. 질병수술비(백내장및대장용종제외) 특별약관	1048
105. 질병수술비(특정다빈도8대질병제외) 특별약관	1051
106. 질병수술비(종합병원) 특별약관	1054

107. 질병수술비(상급종합병원) 특별약관	1057
108. 질병1~5종수술비III 특별약관	1061
109. 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관	1063
110. 질병입원치료수술비(종합병원) 특별약관	1068
111. 新112대특정질병수술비 특별약관	1073
112. 新112대특정질병수술비II 특별약관	1078
113. 암수술비(유사암제외) 특별약관	1083
114. 암수술비(유사암제외)(25%체증형) 특별약관	1086
115. 유사암수술비 특별약관	1089
116. 유사암수술비(25%체증형) 특별약관	1092
117. 암수술비(유사암제외,1회한) 특별약관	1095
118. 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한) 특별약관	1098
119. 암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한) 특별약관	1101
120. 항암방사선치료비 특별약관	1104
121. 항암약물치료비 특별약관	1106
122. 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관	1109
123. 항암방사선치료후9대합병증진단비 특별약관	1112
124. 항암방사선약물치료후5대질병진단비 특별약관	1116
125. 뇌혈관질환수술비II 특별약관	1120
126. 뇌졸중수술비II 특별약관	1122
127. 뇌출혈수술비II 특별약관	1124
128. 허혈성심장질환수술비II 특별약관	1126
129. 급성심근경색증수술비II 특별약관	1128
130. 심뇌혈관질환수술비II 특별약관	1130
131. 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비II(25%체증형) 특별약관	1132
132. 3대질병입원치료수술비(종합병원) 특별약관	1135
133. 충수염(맹장)수술비(최초1회한) 특별약관	1140
134. 간질환수술비 특별약관	1141
135. 안과질환수술비 특별약관	1143
136. 호흡기질환수술비 특별약관	1147
137. 이비인후과질환수술비 특별약관	1148
138. 척추질병수술비(관혈/비관혈) 특별약관	1151
139. 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관	1154
140. 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한) 특별약관	1156
141. 심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한) 특별약관	1158
142. 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한) 특별약관	1160
143. 조혈모세포이식수술비(최초1회한) 특별약관	1161
144. 암주요치료비(특정유사암제외,감액없음)(진단후5년,연간1회한) 특별약관	1164
145. 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한) 특별약관	1169
146. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한) 특별약관	1174
147. 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한) 특별약관	1182
148. 요실금수술비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관	1190
149. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1193
150. 표적항암약물허가치료비II(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1196
151. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1203
152. 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관	1206
153. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한) (갱신형) 특별약관	1213
154. 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1219
155. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1222
156. 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1228

157. 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(갱신형) 특별약관	1231
158. 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1233
159. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1242
160. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1249
161. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1260
162. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1263
163. 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1268
164. 산정특례(중복암및재등록암)치료비(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1271
165. 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 특별약관	1277
166. 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형) 특별약관	1282
167. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용) 특별약관	1286
168. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 특별약관	1289
169. 암진단비(유사암제외,면책없음,감액없음) 특별약관	1293
170. 암진단비(유사암및특정소액암제외,면책없음,감액없음) 특별약관	1295
171. 유사암진단비(감액없음) 특별약관	1298
172. 뇌졸중진단비(감액없음) 특별약관	1299
173. 뇌출혈진단비(감액없음) 특별약관	1301
174. 뇌혈관질환진단비(감액없음) 특별약관	1302
175. 급성심근경색증진단비(감액없음) 특별약관	1303
176. 허혈성심장질환진단비(감액없음) 특별약관	1305
177. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) 특별약관	1306
178. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) 특별약관	1308
179. 급성당뇨합병증치료비(최초1회한) 특별약관	1310
180. 만성당뇨합병증치료비(최초1회한) 특별약관	1311
181. 특정고혈압합병증치료비(최초1회한) 특별약관	1312

【 상해 및 질병 관련 특별약관 】

1. 경증이상치매진단비 특별약관	1315
2. 중증치매진단비 특별약관	1318
3. CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한) 특별약관	1321
4. 장기요양진단비(1등급) 특별약관	1324
5. 장기요양진단비(1,2등급) 특별약관	1327
6. 장기요양진단비(1,2,3등급) 특별약관	1329
7. 장기요양진단비(1,2,3,4등급) 특별약관	1331
8. 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급) 특별약관	1333
9. 십자인대·반월판연골·아킬레스건수술비(각 연간1회한, 급여) 특별약관	1335
10. 뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절수술비 특별약관	1338
11. 기관절개수술비(급여) 특별약관	1340
12. 창상봉합술치료비(급여,1일1회한,연간3회한) 특별약관	1342
13. 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여,1일1회한,연간3회한) 특별약관	1344
14. 응급실내원진료비(응급) 특별약관	1346
15. 갑스치료비 특별약관	1347
16. 수혈치료비(급여,연간1회한) 특별약관	1348
17. 각막이식수술비(최초1회한) 특별약관	1350
18. 5대장기이식수술비(최초1회한) 특별약관	1352
19. 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1354
20. 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1356
21. 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장	1358
22. 보험료납입면제지원금(3대진단) 특별약관	1362
23. 보험료납입면제지원금(5대진단) 특별약관	1366

24. 보험료납입면제지원금(8대진단) 특별약관	1371
【 비용손해 관련 특별약관 】	
1. 보이스피싱손해보상금 특별약관	1377
2. 보복운전피해보상금(운전) 특별약관	1379
3. 의료사고법률비용 특별약관	1381
4. 민사소송법률비용 특별약관	1383
【 배상책임 관련 특별약관 】	
1. 가족일상생활배상책임Ⅱ (대인공제없음,대물공제(누수50만원,누수외20만원))(갱신형) 특별약관	1391
◆ 제도성 특별약관	
1. 보험료자동납입 특별약관	1401
2. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	1401
3. 이론자동차 운전중 상해 미보장 특별약관	1403
4. 지정대리청구서비스 특별약관	1404
5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관	1405
6. 전자서명 특별약관	1406
◆ 별표	
【별표1】 장 해 분 류 표	1409
【별표1-1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1429
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	1430
【별표3】 제자리의 신생물 분류표	1430
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	1431
【별표5】 뇌졸중 분류표	1432
【별표6】 급성심근경색증 분류표	1432
【별표7】 의료기관의 시설규격	1433
【별표8】 골절(치아파절제외)분류표	1434
【별표9】 골절분류표	1434
【별표10】 화상분류표	1435
【별표11】 112대특정질병 분류표	1436
【별표11-1】 중증7대특정질병 분류표	1436
【별표11-2】 14대특정질병(Ⅱ) 분류표	1436
【별표11-3】 20대특정질병 분류표	1438
【별표11-4】 68대생활질환질병 분류표	1440
【별표11-5】 백내장 분류표	1445
【별표11-6】 치핵 분류표	1445
【별표11-7】 후각특정질환 분류표	1446
【별표12】 뇌혈관질환 분류표	1446
【별표13】 뇌출혈 분류표	1447
【별표14】 허혈성심장질환 분류표	1447
【별표15】 간경변증 분류표	1448
【별표16】 만성폐쇄성폐질환 분류표	1448
【별표17】 6대희귀난치성질환 분류표	1449
【별표18】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명	1449
【별표19】 1~5종 수술 분류표Ⅲ	1455
【별표20】 심장관련질병 분류표	1461
【별표21】 특정부위 분류표	1461

【별표22】	특정질병 분류표	1462
【별표23】	고액치료비암 분류표	1465
【별표24】	총수염 분류표	1466
【별표25】	특정전염병 분류표	1466
【별표26】	통풍 분류표	1467
【별표27】	대상포진 분류표	1468
【별표28】	대상포진눈병 분류표	1468
【별표29】	요실금 분류표	1469
【별표30】	급여 요실금수술 분류표	1469
【별표31】	급여 항암방사선치료 분류표	1469
【별표32】	급여 항암약물 분류표	1471
【별표33】	아나필락시스 분류표	1472
【별표34】	특정전염병Ⅱ 분류표	1472
【별표35】	심장질환(특정Ⅰ) 분류표	1473
【별표36】	심장질환(특정Ⅱ) 분류표	1474
【별표37】	심장질환(특정Ⅲ) 분류표	1474
【별표38】	심장질환(특정Ⅳ) 분류표	1475
【별표39】	척추상해분류표	1475
【별표40】	시니어골절 분류표	1476
【별표41】	시니어디발암 분류표	1477
【별표42】	폐렴 분류표	1478
【별표43】	폐렴중등도(PSI : Pneumonia Severity Index) 지표 점수 산정	1478
【별표44】	특정류마티스관절염 분류표	1479
【별표45】	요로결석 분류표	1480
【별표46】	간질환 분류표	1480
【별표47】	안과질환 분류표	1481
【별표48】	호흡기질환분류표	1481
【별표49】	이비인후과질환 분류표	1482
【별표50】	척추질환 분류표	1483
【별표51】	항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명	1484
【별표52】	갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명	1486
【별표53】	욕창 분류표	1487
【별표54】	중등증이상 욕창 분류표	1487
【별표55】	급성당뇨합병증 분류표	1488
【별표56】	만성당뇨합병증 분류표	1488
【별표57】	특정고혈압합병증 분류표	1489
【별표58】	심자인대질환 분류표	1490
【별표59】	급여 심자인대수술 분류표	1490
【별표60】	반월판연골질환 분류표	1491
【별표61】	급여 반월판연골수술 분류표	1491
【별표62】	아킬레스건질환 분류표	1492
【별표63】	급여 아킬레스건수술 분류표	1492
【별표64】	급여 기관절개수술 분류표	1492
【별표65】	중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표	1493
【별표65-1】	본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병	1493
【별표65-2】	본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술	1494
【별표66】	중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표	1494
【별표66-1】	본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병	1495
【별표66-2】	본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술	1495
【별표66-3】	본인일부부담금 산정특례 심장질환의 억제성분	1497

【별표67】	남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암 분류표	1497
【별표68】	여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 분류표	1498
【별표69】	비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 분류표	1498
【별표70】	위암 및 식도암 분류표	1499
【별표71】	소장암·대장암 및 항문암 분류표	1500
【별표72】	간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표	1500
【별표73】	심장암 및 뇌암 분류표	1501
【별표74】	호흡기암 분류표	1501
【별표75】	림프종 및 백혈병 관련암 분류표	1502
【별표76】	카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표	1502
【별표77】	카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명	1503
【별표78】	중대한특정상해 분류표	1503
【별표79】	중증외상 산정특례대상 분류표	1504
【별표80】	중증화상 산정특례대상 분류표	1504
【별표80-1】	본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명	1505
【별표81】	말기 간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	1506
【별표82】	말기 신부전증(End Stage Renal Failure)	1507
【별표83】	말기 폐질환(End Stage Lung Disease)	1507
【별표84】	위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표	1508
【별표85】	6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표	1508
【별표86】	급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표	1509
【별표87】	뇌정위적방사선술 분류표	1510
【별표88】	심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표	1511
【별표89】	관상동맥성형술 분류표	1512
【별표90】	고강도초음파집속술(HIFU) 분류표	1512
【별표91】	중증질환자 암 산정특례대상 분류표	1513
【별표91-1】	중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환 분류표	1514
【별표91-2】	중증질환자 소액암 산정특례 대상질환 분류표	1515
【별표91-3】	중증질환자 유사암 산정특례 대상질환 분류표	1516
【별표91-4】	중증질환자 암 산정특례대상 분류표	1516
【별표92】	급여 창상봉합술 대상 수가코드 분류표	1517
【별표93】	급여 안면/경부 창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드 분류표	1518
【별표94】	중증치매 산정특례대상 분류표	1519
【별표95】	급여 골절 특정재활치료 분류표	1520
【별표96】	폐 관련암 분류표	1521
【별표97】	1~8종 수술 및 시술 분류표	1522
【별표98】	림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 분류표	1542
【별표99】	4대특정암 분류표	1543
【별표100】	12대특정암 분류표	1543
【별표101】	7대특정암 분류표	1544
【별표102】	특정소화기관암 분류표	1545
【별표103】	암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ제외) 분류표	1546
【별표104】	통합형전이암 분류표	1548
【별표105】	뇌졸중(뇌출혈제외) 분류표	1549
【별표106】	기타뇌혈관질환 분류표	1549
【별표107】	기타허혈성심장질환 분류표	1550
【별표108】	심방세동 및 조동 분류표	1550
【별표109】	갑상선기능저하증 분류표	1550
【별표110】	뇌전증 분류표	1551

【별표111】	일과성뇌허혈발작 분류표	1551
【별표112】	대장용종 분류표	1552
【별표113】	특정다빈도8대질병 분류표	1553
【별표114】	급여 림프부종수술 분류표	1554
【별표115】	급여 피부재건수술 분류표	1554
【별표116】	항암방사선치료후4대경증합병증 분류표	1556
【별표117】	항암방사선치료후5대중증합병증 분류표	1557
【별표118】	항암방사선약물치료후 2대질병 분류표	1557
【별표119】	항암방사선약물치료후 3대질병 분류표	1558
【별표120】	치매 분류표	1559
【별표121】	급여 수혈 의료행위 분류표	1559
【별표122】	기타 관계 법규	1561

무배당
원더풀 355 간편보험(24.04)
보통약관
[세만기형 - 간편고지형]

무배당 원더풀 355 간편보험(24.04) 보통약관

- ☐ 보통약관 1종 간편고지(355)_실속형_해약환급금미지급형(납입후50%) (일반상해사망보험금)
- ☐ 보통약관 2종 간편고지(355)_실속형_표준형 (일반상해사망보험금)
- ☐ 보통약관 5종 간편고지(355)_고급형_해약환급금미지급형(납입후50%) (일반상해사망보험금)
- ☐ 보통약관 6종 간편고지(355)_고급형_표준형 (일반상해사망보험금)

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)사이에서 피보험자의 질병, 상해 또는 배상책임에 대한 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

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자
 - 1) 상해 및 질병보장: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 2) 배상책임보장 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- 다. 장애: 【별표1】(장애분류표)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 라. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- 마. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- 바. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약

(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

사. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【예시】

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원

- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다)

다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보험료 : 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 보통약관의 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

나. 보장보험료 : 손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.

다. 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.

라. 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.

마. 부가보험료 : 회사운영에 필요한 사업비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용, 계약관리비용 및 손해조사비로 구분됩니다. 계약관리비용은 다시 유지관련비용과 기타비용으로 구분할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우에는 이 보통약관의 보험가입금액을 “일반상해사망보험금”으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

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

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

- ② “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘일반상해사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)등)
 3. 신분증(주민등록증이나 여권 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 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 임부·해산부·산욕부 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(『정신보건법』 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 『장애인복지법』 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통보합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보

험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연 되는 경우

6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- ③ 제2항에 의하여 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급보보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지는 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

【가급보보험금】

보험사고가 발생한 후 보험금 지급 사유의 조사 및 확인에 상당한 시일이 소요되거나 장기간 치료를 받게 됨으로 인하여 보험약관에서 정한 기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우 경제적 어려움에서 조속히 벗어날 수 있도록 하기 위하여 추정보험금의 50% 범위 내에서 미리 지급하는 보험금을 말합니다.

【단리와 복리】

이자 계산에서 단리는 원금에 대해서만 약정된 이자율과 기간을 곱해서 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 일정기간마다 이자를 원금에 합쳐 그 합계금액에 대한 이자를 다시 계산하는 방법입니다. 다시말해 단리계산은 원금에 대해서만 이자가 붙고 복리계산은 (원금+이자)에 이자가 붙는 것입니다. 단리와 복리 계산을 일반화된 수식으로 표현하자면 다음과 같습니다.

▷ 단리 : $S = A(1+r \times n)$

▷ 복리 : $S = A(1+r)^n$

(S : 원금과 이자의 합계 / A : 원금 / r : 이자율 / n : 기간)

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제41조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적용부분 순보험료에 대한 적용이율은 매월 1일 회사가 정한 이 계약의 『보장성보험공시이율(1701)』로 하며 『보장성보험공시이율(1701)』은 매월 1일부터 해당 월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 『보장성보험공시이율(1701)』은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 『보장성보험공시이율(1701)』이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%를 적용합니다.

- ④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 『보장성보험공시이율(1701)』을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】

시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

【최저보증이율】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.2%인 경우(최저보증이율은 0.3%일 경우), 계약자적립액은 공시이율(0.2%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 부리됩니다.

【운용자산이익률】

사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

【외부지표금리】

사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률 및 양도성예금증서 유통수익률을 기준으로 산출합니다

제10조(중도인출에 관한 사항)

- ① 계약자는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 합니다)의 80% 범위 내에서 횟수에 제한 없이 중도 인출 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일로부터 보험료 납입경과기간에 따라 제38조(해약환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액)을 말합니다.
- ③ 제1항의 해약환급금은 제39조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항의 중도인출시 만기(해약)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 환급금이 감소합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 해약환급금미지급형에 대해서는 중도인출하여 드리지 않습니다.

【예시】

중도인출을 요청하는 시점에서 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 의해 산출한 보통약관 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

- 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
- 원금과 이자의 합계가 30만원인 보험계약대출이 있는 경우
잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

제11조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 『보장성보험공시이율(1701)』로 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 해약환급금미지급형에 대해서는 만기환급금을 지급하여 드리

지 않습니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원

- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

제13조(주소변경통지)

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

제14조(보험수익자의 지정)

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

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 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 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

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

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

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 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

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】

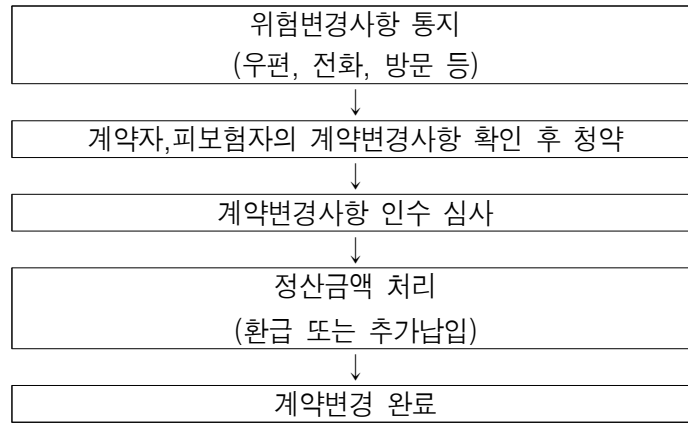
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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 제

외합니다)

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

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- 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 지급 사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례 보상 예시】

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

- 상해사망 가입금액 : 1억원

- 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

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

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서

- 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 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 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 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 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확

정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 이 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 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 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다

- 만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
 - ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
 - ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
 - ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【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) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 보험계약대출이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 보험계약대출이율이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험 상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제22조(약관교부 및 설명 의무 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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성 녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 이를 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【전자서명법 제2조 제2호】

“전자서명”이라 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

【약관의 중요한 내용】

금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조, 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제13조 및 「금융소비자 보호에 관한 감독규정」 제12조에 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 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

제23조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우 이를 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우

가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 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.
4. 간편고지형으로 가입한 피보험자에 대하여 최초계약의 계약일로부터 3개월 이내에 동일한 피보험자를 대상으로 이 상품의 일반고지형에 가입한 경우 간편고지형 계약을 무효로 합니다.

【심신상실자】

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

【심신박약자】

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제24조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있을 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 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.

【보험가입금액 등의 감액시 만기(해약)환급금】

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 만기(해약)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적어질 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. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- ③ 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1995년 6월 2일, 현재(계약일) : 2021년 1월 10일

⇒ 2021년 1월 10일 - 1995년 6월 2일 = 25년 7월 8일 = 26세

【계약해당일 예시】

보험계약일이 해당 연도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당 연도의 계약일로 합니다.

⇒ 보험계약일이 2020년 2월 29일인 경우 2021년 2월 28일을 해당 연도의 계약해당일로 합니다.

제26조(계약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 그 때까지 적립한 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 계약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경

우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드
로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공
한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또
는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유
가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니
다.

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않
습니다.
1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용
이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명
하는 경우
 2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는
경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만,
진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는
경우에는 보장을 해드립니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 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 영
수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를
미리 낼 때에는 평균공시이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간 중
에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면
선납보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더
하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제29조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병
을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기
이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제
외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서
정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정
한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정
한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신

생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성 종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

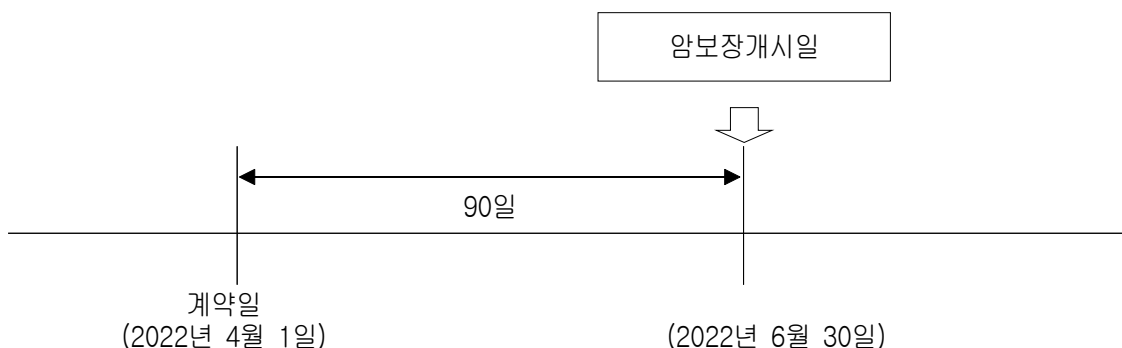
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제30조(보험료의 납입면제)

이 상품은 1종~8종으로 운영하며, 1종~4종(실속형)에 가입한 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않고 5종~8종(고급형)에 가입한 경우 아래와 같이 보험료 납입면제를 적용합니다.

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 암보장개시일(암에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다)이후 제29조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되었을 때

【“암보장개시일” 예시】



2. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
- ② 제1항 제1호의 암보장개시일 이전에 “암”으로 진단 확정된 경우에는 다음 각호에서 정한 사유가 발생하더라도 보장보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
 1. 암보장개시일 이전에 진단 확정된 “암”의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다른 “암”으로 진단 확정된 경우
 2. 암보장개시일 이전에 진단 확정된 “암”과 동일한 조직병리학적 특성을 가진 “암”이 동일부위에 발생하여 진단 확정된 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정된 경우라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후 “암”으로 진단 확정되었을 때에는 보장보험료의 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항의 ‘암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 후유장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1항에서 정한 보험사고 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며,

보험사고 사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑩ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 이미 이 계약에서 제1항에서 정한 납입면제 사유에 해당되지 않았던(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다) 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제11항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑬ 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1항에서 정한 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑭ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1항에서 정한 상해 관련 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 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 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료를 납입면제하여 드립니다)
 - 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ⑮ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- ⑯ 제1항에도 불구하고 갱신형 특약이 갱신되는 경우에는 그 특약의 갱신 이후 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.
- ⑰ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

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 있으며, 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 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 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.

【자동대출납입】

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

【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.

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

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래의 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전

자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(보장보험료와 적립보험료의 합계액)와 이에 대한 연체이자(연체된 보장보험료에 대하여 평균공시이율 +1%로 계산된 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등에 따라 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 법정 상속인이 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.

【강제집행】

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

【담보권실행】

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

【국세 및 지방세 체납처분절차】

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것

을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

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 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 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.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(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 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 해약환급금미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 동일한 가입 기준의 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형의 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 회사는 해약환급금미지급형 및 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제30조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 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(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자 적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 만료됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2019년 8월 1일에 발생하였음에도 2022년 8월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 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 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

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 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 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 책임 있는 사유로 계약

자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해 배상의 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 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.

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 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사에서 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급 할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

무배당
원더풀 355 간편보험(24.04)
특별약관
[세만기형 - 간편고지형]

【 상해관련 특별약관 】

1. 일반상해사망보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 ‘일반상해사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금 특별약관

제1조(“음주운전사고”, “무면허운전사고” 및 “뺑소니사고”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “음주운전사고”라 함은 타인이 일으킨 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)에 해당되는 사고를 말합니다. (단, 음주측정 불응인 경우도 포함됩니다)
- ② 이 특약에서 “무면허운전사고”라 함은 타인이 일으킨 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)에 해당되는 사고를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “뺑소니사고”라 함은 타인이 일으킨 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치)를 위반하는 경우를 말합니다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- 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.
【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
 누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
【도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치)】
- ① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다.
1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
 2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공
- ② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 사고가 일어난 곳
 2. 사상자 수 및 부상 정도
 3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
 4. 그 밖의 조치사항 등
- ③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.
- ④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통안전에 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다.
- ⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다.
- ⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “교통사고”에 의한 상해의 직접 결과로 “음주운전사고”, “무면허운전사고”, “뺑소니사고”의 피해자(도로교통법에 따른 피해자를 말합니다)가 되어 사망하고, 이를 “증명 할 수 있는 서류”를 제출한 경우 회사는 이 특약의 보험가입금액을 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “교통사고”라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
 2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 3. 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트 펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 하며, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
2. 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단로 보지 않습니다)
3. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 음주, 무면허, 뺑소니차교통상해사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2조(보험금의 지급사유)의 “증명 할 수 있는 서류”라 함은 아래와 같습니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 사망진단서
 3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하

는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
 2. 하역작업을 하는 동안
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 일반상해3%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표 1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반상해3%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 기형을 남긴 장해(지급률5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 팔의 손목이상을 잃은 경우(지급률70%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 70%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 65%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도

로 합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 일반상해20%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표 1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에 회사는 아래와 같이 일반상해 20%후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우: 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 경우: 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결

정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 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 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 기형을 남긴 장해(지급률5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 팔의 손목이상을 잃은 경우(지급률70%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 70%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 65%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

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

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

5. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

6. 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “일반상해입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상

해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

7. 일반상해입원비(1일이상20일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원비(1일이상20일한도)(이하 “일반상해입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에서 “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.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

8. 종합병원상해입원비(1일 이상 180일 한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한

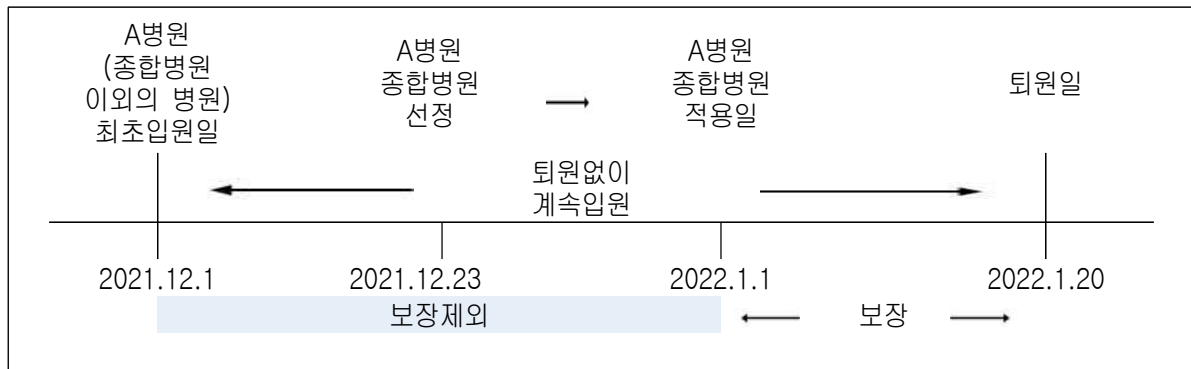
상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

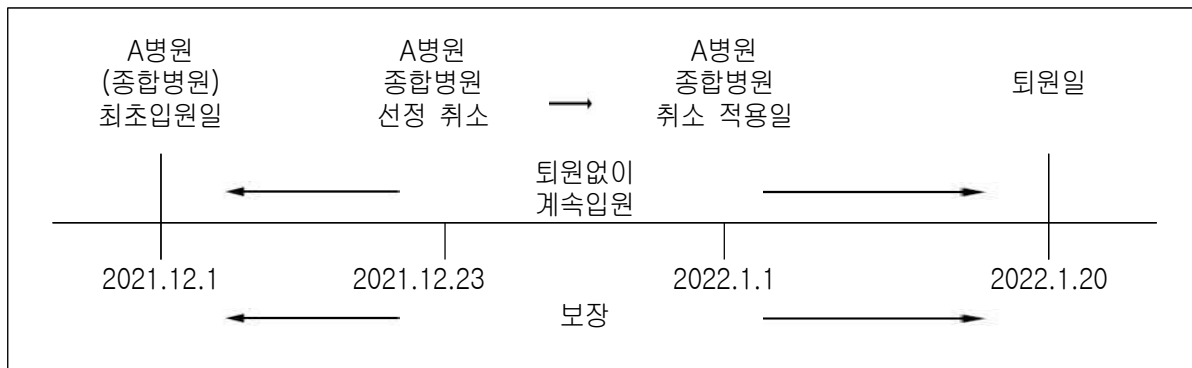
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

9. 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

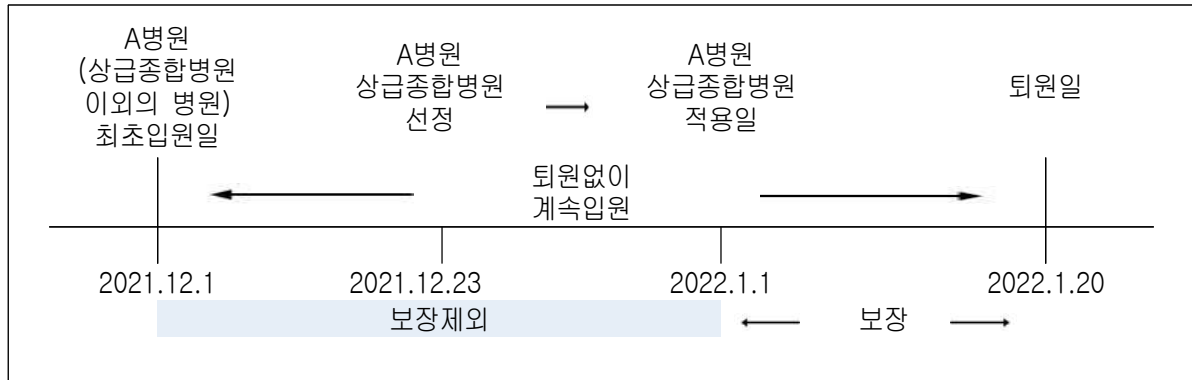
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

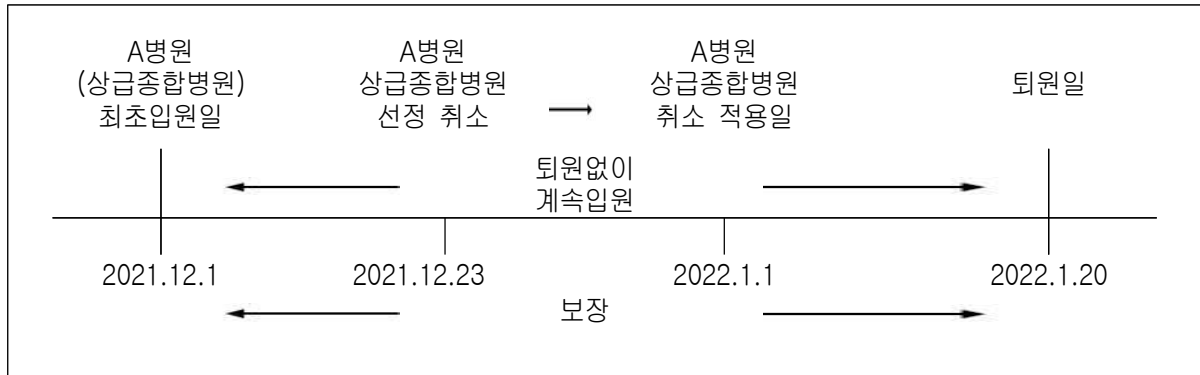
- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원

이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.

- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

10. 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표7】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(이하 “일반상해중환자실입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 일반상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

11. 일반상해수술비(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 수술을 받은 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해수술비(이하 “상해수술비”로 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받는 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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, 스카

- 이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다). 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

12. 일반상해1~5종수술비(355고지) 특별약관

일반상해1~5종수술비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 일반상해1종수술비 보장
2. 일반상해2종수술비 보장
3. 일반상해3종수술비 보장
4. 일반상해4종수술비 보장
5. 일반상해5종수술비 보장

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타수술 “1~5종 수술분류표Ⅲ”에 해당하지 않는 시술

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 일반상해1~5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
1종수술	일반상해1종수술비 보장의 보험가입금액
2종수술	일반상해2종수술비 보장의 보험가입금액
3종수술	일반상해3종수술비 보장의 보험가입금액
4종수술	일반상해4종수술비 보장의 보험가입금액
5종수술	일반상해5종수술비 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 일반상해1~5종수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 일반상해1~5종수술비를 지급합니다.
- ② 제1항에서 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.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

13. 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 일반상해1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
2. 일반상해2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
3. 일반상해3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
4. 일반상해4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
5. 일반상해5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
6. 일반상해6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
7. 일반상해7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
8. 일반상해8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장

제1조(“수술 및 시술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술 및 시술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 “수술시술코드”라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술시술코드는 「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 특약은 KDRG 버전 4.5(2023.1.1. 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 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 급여상대가치점수”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.

- ③ 제2항의 수술시술코드에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 수술시술코드가 변경되는 경우 이 특약의 체결시점에서 정한 수술시술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특약 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 특약 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【예시】

이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 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) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(이하 “수술비(시술포함)”)이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.
다만, 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드 당 연간1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액
일반상해1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 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 수술비(시술포함)를 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 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

- ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)의 수술 시술종류와 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 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 수술비(시술포함)를 보장합니다.
- 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 정의와 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 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)», 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)», 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O0110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약물 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

다.

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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

14. 일반상해입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 종합병원에 입원하여 수술한 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원치료수술비(종합병원)(이하 “수술비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술비의 지급일수는 1회 수술동반입원당 180일을 한도로 합니다.

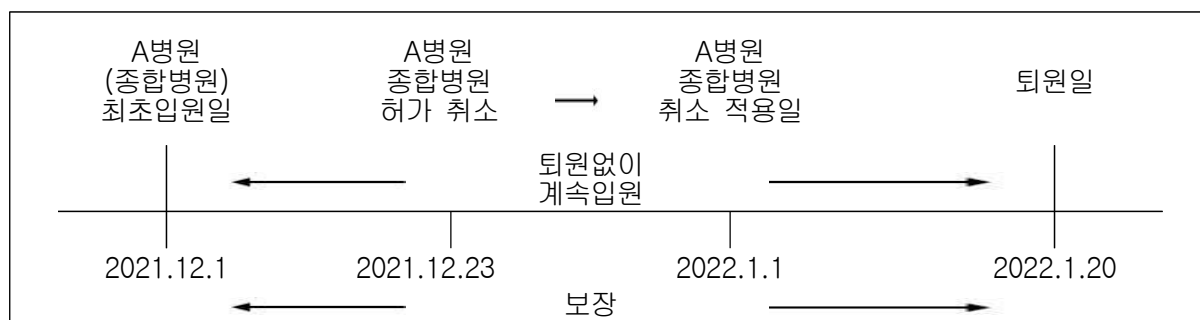
구 분	지급금액
일반상해입원치료수술비 (종합병원)	이 특약의 보험가입금액 × 입원일수

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로

로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ② 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 수술하고 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 수술비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 수술비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원하여 수술한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술하고 입원하여 치료받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 수술비를 지급합니다.



- ⑧ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아

래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·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, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조

(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

15. 중대한상해수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“중대한 상해 수술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 중대한 상해 수술이라 함은 이 특약의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 그날을 포함하여 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 말합니다.
- ② 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표78】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표78】(중대한 특정상해 분류표)참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ④ 제1항에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 않습니다.
 1. 개두(開頭)수술이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. 개흉(開胸)수술이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. 개복(開腹)수술이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

【경뇨도적 조작(經尿道的操作)】

요도에서 내시경으로 방광, 전립선, 요도의 조직을 절제하는 등의 방법으로서 비관혈적(非觀血的)조작에 해당합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 치료를 목적으로 제1조 (“중대한 상해 수술”의 정의)에서 정한 중대한 상해 수술을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 중대한상해수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한상해수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

16. 상해흉터복원수술비(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 발생한 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 회사는 아래에서 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	안면부	상지 · 하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술의 경우 수술 cm는 최장직경으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
 1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
 3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

17. 골절진단비(치아파절제외)(355고지) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표8】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “골절”로 진단확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(치아파절제외)는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 직간접을 묻지 않고 골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 골절손해는 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 동일 사고로 골절(치아파절제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보상하여 드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

18. 골절진단비(치아파절포함)(355고지) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표9】(골절 분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “골절”로 진단확정된

경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(치아파절포함)는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

19. 골절수술비(355고지) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “골절”이라 함은 【별표9】(골절분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “골절”로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래에 사유로 인한 골절은 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

20. 골절특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“골절 특정재활치료”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표9】(골절분류표)에 정한 상병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “골절 특정재활치료”라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 골절 치료 중, 골절 치료 완료 후 골절치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “급여 골절 특정재활치료”라 함은 “골절”의 치료를 목적으로 【별표 95】(급여 골절 특정재활치료 분류표)에 해당하는 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 “급여 골절 특정재활치료”를 결정합니다.
- ⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제3항에서 정한 “급여 골절 특정재활치료” 외에 “급여 골절 특정재활치료”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “골절”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “골절”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “골절”로 진단 확정되고 병원에 입원 중에 “급여 골절 특정재활치료”(이하 “입원 급여 골절 특정재활치료”라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 골절 특정재활치료”(이하 “통원 급여 골절 특정재활치료”라 합니다)를 받은 경우에는 회사는 각각 1일 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 골절특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 골절특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)은 연간 발생한 “입원 급여 골절 특정재활치료”와 “통원 급여 골절 특정재활치료” 횟수를 합산하여 연간 최대

10회 한도로 지급합니다.

- ③ 제2항의 “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 골절 특정재활치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 다음 각 호의 경우에는 “입원 급여 골절 특정재활치료”와 “통원 급여 골절 특정재활치료” 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.
1. 피보험자가 동일한 날에 “입원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 “통원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 경우
 2. 피보험자가 동일한 날에 “통원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 “입원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 경우
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

21. 화상진단비(355고지) 특별약관

제1조(“화상”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “화상”이라 함은 【별표10】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “화상”으로 진단확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 화상진단비는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태인 경우에도 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

22. 화상수술비(355고지) 특별약관

제1조(“화상”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “화상”이라 함은 【별표10】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “화상”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수

- 한 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래에 사유로 인한 골절은 보상하여 드리지 않습니다.
 - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

23. 척추상해수술비(관혈/비관혈)(355고지) 특별약관

제1조(“척추상해”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “척추상해”라 함은 【별표39】(척추상해 분류표)에 정한 척추상해를 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

- ⑤ 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
 2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
 3. “신의료수술”이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “척추상해”를 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 보험가입금액을 척추상해수술비(관혈/비관혈)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
“관혈수술”	이 특약의 보험가입금액의 100%
“비관혈수술”	이 특약의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술로 인한 보험금과 비관혈수술로 인한 보험금을 각각 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

24. 시니어골절진단비(355고지) 특별약관

제1조(“시니어골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “시니어골절”이라 함은 【별표40】(시니어골절분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “시니어골절”로 진단확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 시니어골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 시니어골절진단비는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

25. 시니어골절수술비(355고지) 특별약관

제1조(“시니어골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “시니어골절”이라 함은 【별표40】(시니어골절분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “시니어골절”로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 시니어골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 시니어골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 시니어골절수술비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유

로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래에 사유로 인한 골절은 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

26. 골절깁스치료비(치아파절제외) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표8】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(“깁스(Cast)치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast)감은 다음, 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다. “부목(Splint cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “골절”로 진단확정을 받고 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절깁스치료비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절깁스치료비(치아파절제외)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지

않습니다.

27. 골절부목치료비(치아파절제외) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표8】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(“부목치료(Splint Cast)”의 정의)

이 특약에 있어서 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다. 단, sling, brace 등 치료 보조목적으로 사용되는 보조기 “부목(Splint Cast)치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “골절”로 진단확정을 받고 “부목(Splint Cast)치료”를 받은 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절부목치료비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해로 인하여 부목치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절부목치료비(치아파절제외)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제

10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

28. 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(“아나필락시스”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “아나필락시스”라 함은 【별표33】(아나필락시스 분류표)에 정한 상병을 말합니다.
- ② 「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “아나필락시스”로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 아나필락시스 진단비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “아나필락시스”를 진단확정 받은 날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 “아나필락시스”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

29. 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증외상환자 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “중증외상환자 산정특례대상”이라 함은 【별표79】(중증외상 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증외상환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증외상환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 권역외상센터 측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용합니다.

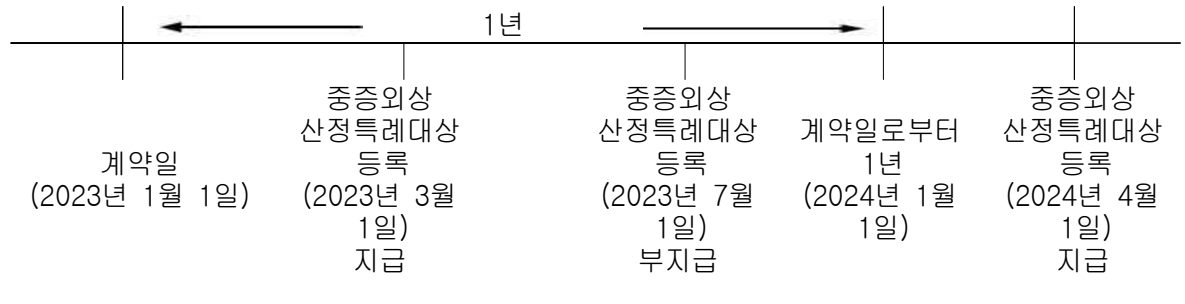
【중증외상환자 산정특례가 적용되는 기관】

보건복지부에서 지정한 권역외상센터에 대하여 중증외상환자 산정특례를 적용

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해로 인하여 “중증외상환자 산정특례대상”으로 보험기간 중에 등록된 경우에는 회사는 연간 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)는 “중증외상환자 산정특례대상”에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【산정특례(중증외상)치료비(연간1회한) 보장 예시】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증외상환자 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 손상중증도 점수(ISS) 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

30. 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증화상환자 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “중증화상환자 산정특례대상”이라 함은 【별표80】(중증화상 산정특례대상 분류표)에서 정한 중증화상으로 진료를 받아 산정특례등록 신청을 완료한 자를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증화상환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증화상환자 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증화상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증화상환자의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해로 인하여 “중증화상환자 산정특례대상”으로 보험기간 중에 신규등록된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해의 진단확정일로

적용합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증화상환자 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ④ 중증화상환자 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증화상환자 산정특례대상 재등록】

법령에서 정한 중증화상환자 산정특례기간(1년) 종료일로부터 2년 이내에 중증화상의 수술 (【별표80-1】(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명) 참조)을 받는 경우(V306 은 제외)에는 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
- 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)에 의하여 이 보장이 소멸되는 경우 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

31. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관

제1조(“운전중 사고”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “운전중 사고”라 함은 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고를 말합니다.
- ② 제1항의 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 하며, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ③ 제1항의 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 이 특약의 보험기간 중에 자가용 자동차 운전중 사고의 직접결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 자동차사고성형치료비로 지급합니다. (다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 같은 사고로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하

는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 피보험자가 자가용 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

32. 강력범죄피해보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중 일상생활 중에 다

음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 강력범죄피해보상금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 「형법」 제24장에서 말하는 살인죄
2. 「형법」 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제32장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 「형법」 제38장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도죄
5. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 살인, 제2호의 상해 및 폭행 및 제5호의 폭력 등의 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제1항의 치료기간은 관할 검·경찰 기관에 피해 입증을 위해 제출한 서류(진단서 또는 상해진단서, 법원의 판결문 등)에 기재된 향후 치료의견을 기초로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 노동쟁의

제4조(보험금 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행), 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명 및 피의자와 피보험자의 관계를 알 수 있는 서류)
2. 의사진단서
3. 기타관련 증빙서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립

- 액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

33. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

33-1. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원 제외)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장의 보험가입금액

- ※ 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 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일,
보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전

표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

33-2. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원) (355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이

하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또

- 는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신항인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34. 간병인사용 일반상해입원비 II (1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

34-1. 간병인사용 일반상해입원비 II (요양병원한방병원및의원제외) (1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 한방병원 및 의원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장의 보험가입금액

- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 일반상해입원비 II (요양병원, 한방병원 및 의원 제외) (1일 이상 180일 한도) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원비 II (요양병원, 한방병원 및 의원 제외) (1일 이상 180일 한도) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로

로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34-2. 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도) (355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카

- 이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신항인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34-3. 간병인사용 일반상해입원비 II (한방병원및의원)(1일이상180일한도) (355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원 및 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 한방병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 한방병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원비 II (한방병원및의원)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 한방병원 및 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 한방병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신항인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지

않습니다.

35. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일 이상 180일 한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 보장에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원에 입원하여 치료를 받으며 "간호·간병통합서비스"를 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(이하 '입원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 질병 관련 특별약관 】

1. 질병사망보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우에는 회사는 아래의 금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병사망보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘질병사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제

5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 질병3%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 아래의 금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병3%이상후유장해보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 동일한 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하

는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 기형을 남긴 장해(지급률5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 그 팔의 손목이상을 잃은 경우(지급률70%)에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 70%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 65%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

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

제3조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 질병50%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 **【별표1】** (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병50%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병50%이상후유장해보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에

확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 동일한 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병50%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병80%이상 후유장해보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

5. 암진단비(유사암제외)(355고지) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성

신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

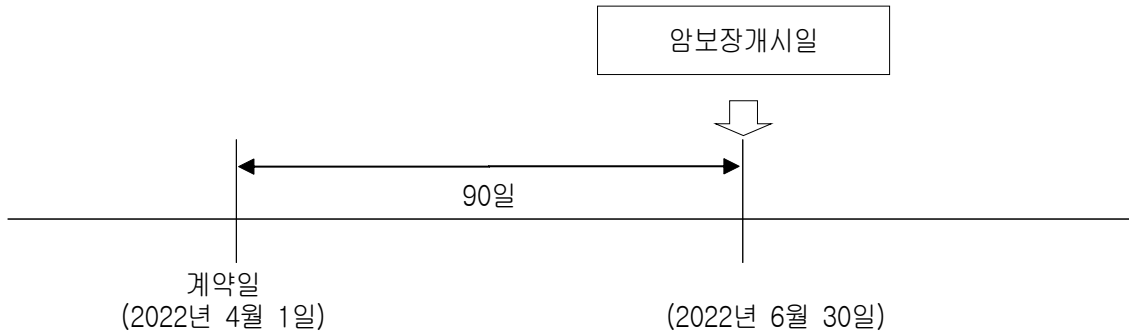
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암진단비 (유사암제외)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

6. 암진단비(유사암제외)(체증형)(355고지) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

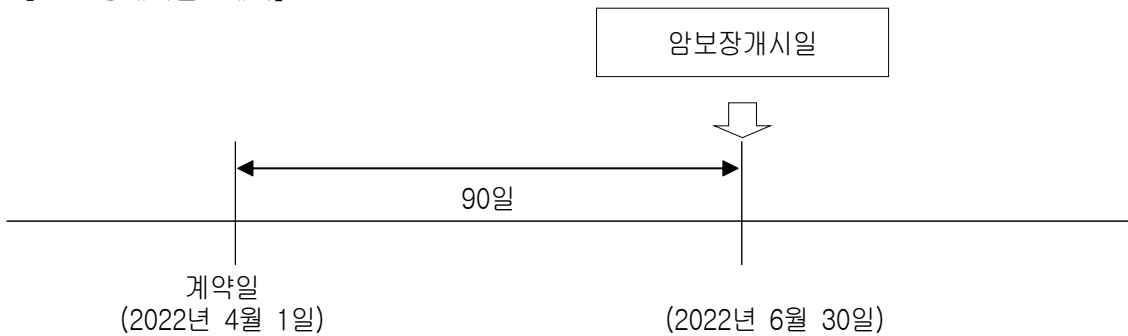
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)(체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상 3년 미만	계약일로부터 3년 이상 5년 미만	계약일로부터 5년 이상
암진단비 (유사암제외) (체증형)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%	이 특약 보험가입금액 의 150%	이 특약 보험가입금액 의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(체증형)를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(체증형)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

7. 암진단비(유사암및특정소액암제외)(355고지) 특별약관

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은 **【별표2】(악성신생물(암) 분류표)**에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련

암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】

상피세포층(epithelium)		
점막고유층 (lamina propria)	①	▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)	②	
점막하층 (submucosa)		

(: 악성종양세포 침범깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세

바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑦ 제6항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

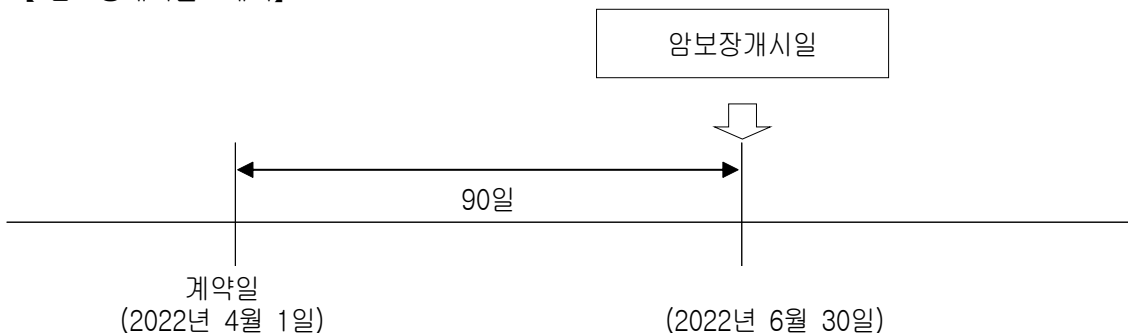
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암및특정소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암진단비 (유사암및특정소액암제외)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암(유사암및특정소액암제외)”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

8. 유사암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성 신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정된 경우에는 회사는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
유사암진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

9. 갑상선암(초기제외)진단비(355고지) 특별약관

제1조(“갑상선암(초기제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “갑상선암(초기제외)”라 함은 제2항에서 정한 “갑상선암” 중에서 제3항에서 정한 “초기갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “초기갑상선암”이라 함은 다음 각 호 모두에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 제2항에서 정한 “갑상선암” 중 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)에 해당할 것
 2. 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0cm이하로서 갑상선 내부에 한정될 것
 3. 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암일 것
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “갑상선암(초기제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암(초기제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선암(초기제외)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
갑상선암(초기제외)진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “갑상선암(초기제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우

에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“갑상선암(초기제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선암(초기제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

10. 중증갑상선암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ 이 특약에 있어 “중증갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “갑상선암”중에서 “갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)” 또는 “갑상선 역형성암(Undifferentiated, Anaplastic Thyroid Cancer)”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “중증갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

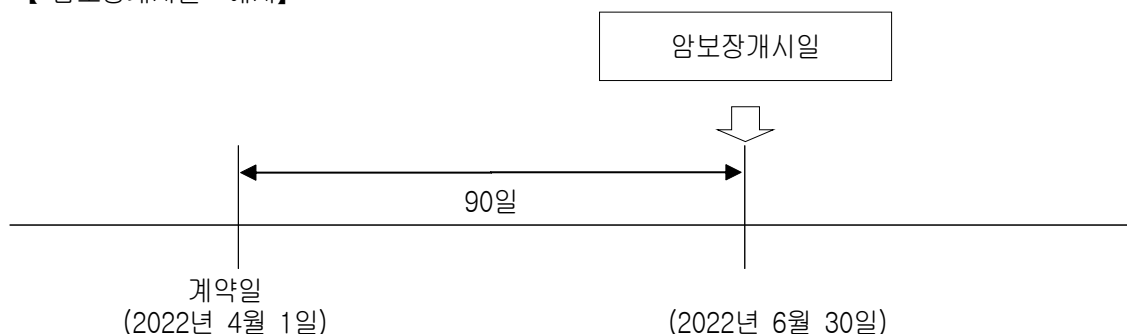
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “중증갑상선암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
중증갑상선암 진단비	-	보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “중증갑상선암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “중증갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “중증갑상선암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “중증갑상선암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중증갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

11. 고액치료비암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “고액치료비암”이라 함은 【별표23】(고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “고액치료비암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

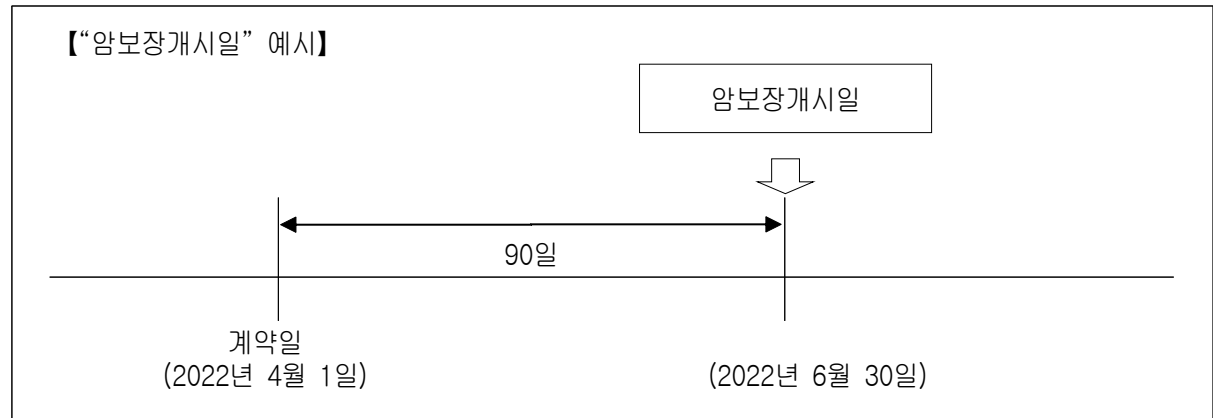
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “고액치료비암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
고액치료비 암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “고액치료비암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 고액치료비암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

12. 시니어다발암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“시니어다발암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “시니어다발암”이라 함은 【별표41】(시니어다발암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “시니어다발암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “시니어다발암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

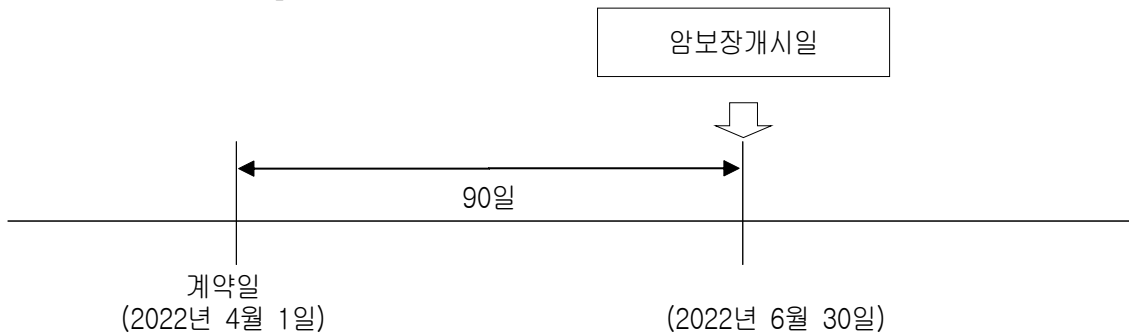
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “시니어다발암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 시니어다발암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 1년이상
시니어다발암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “시니어다발암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “시니어다발암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 시니어다발암진단비를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “시니어다발암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “시니어다발암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 시니어다발암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“시니어다발암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “시니어다발암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 시니어다발암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

13. 남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”이라 함은 【별표67】(남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

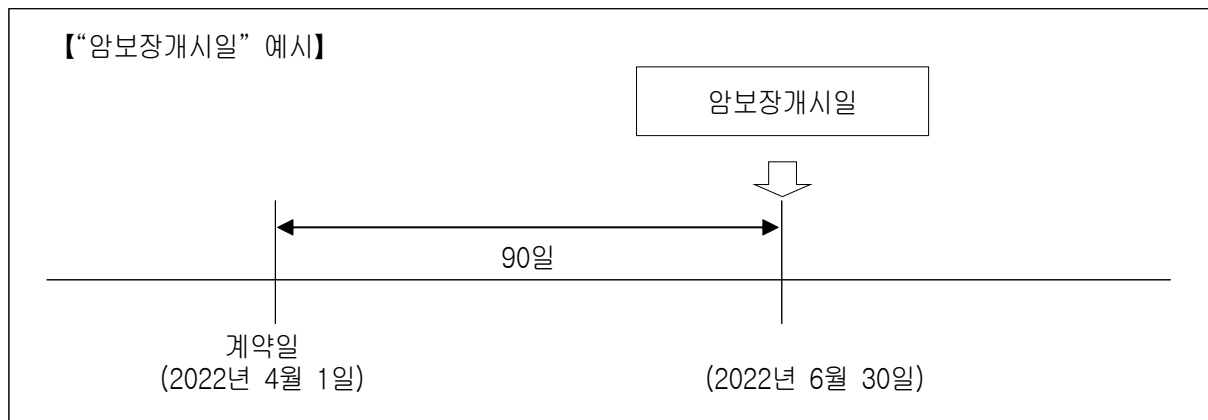
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
남성생식기관련 (전립선,음경,고환) 암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

14. 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비 특별약관

제1조(“여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”이라 함은 【별표68】(여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의 학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

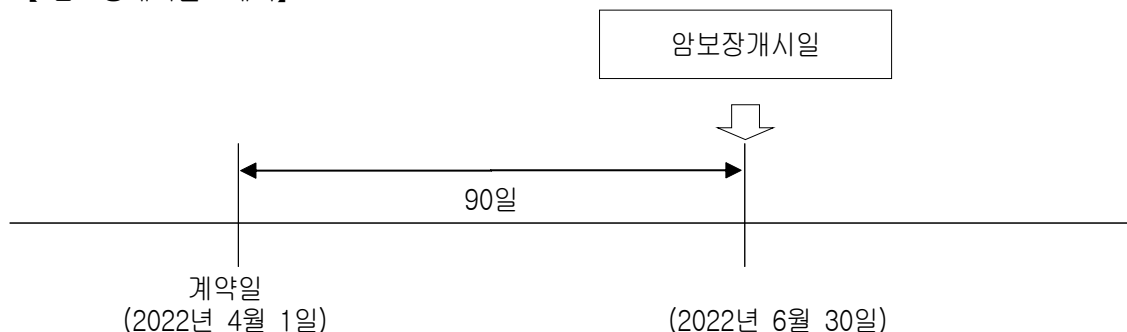
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
여성특정 (유방,자궁,난소,외음,질, 태반)암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 여성특정(유방,자궁,난소,외음.질,태반)암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

15. 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”이라 함은 【별표69】(비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

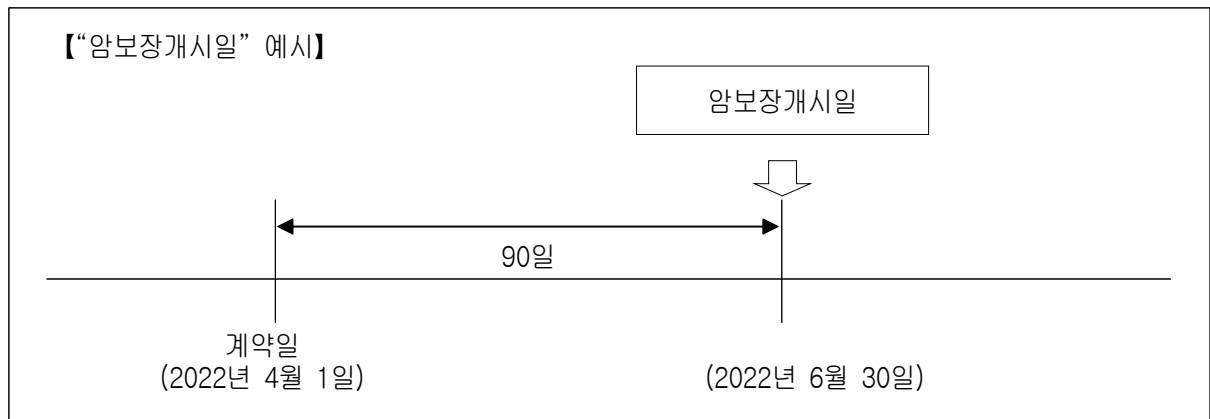
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
비뇨기관(신장,방광,요관) 암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“비뇨기관(신장,방광,요관)암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

16. 위암 및 식도암 진단비(355고지) 특별약관

제1조(“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “위암 및 식도암”이라 함은 【별표70】(위암 및 식도암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C80.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ③ “위암 및 식도암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위암 및 식도암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

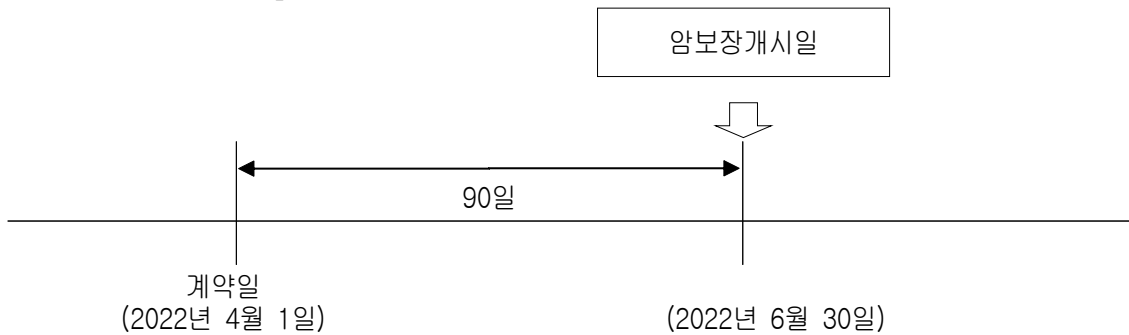
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “위암 및 식도암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 위암 및 식도암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
위암 및 식도암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “위암 및 식도암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부더 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “위암 및 식도암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “위암 및 식도암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “위암 및 식도암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “위암 및 식도암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 위암 및 식도암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

17. 소장암·대장암 및 항문암 진단비(355고지) 특별약관

제1조(“소장암·대장암 및 항문암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “소장암·대장암 및 항문암”이라 함은 【별표71】(소장암·대장암 및 항문암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “소장암·대장암 및 항문암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

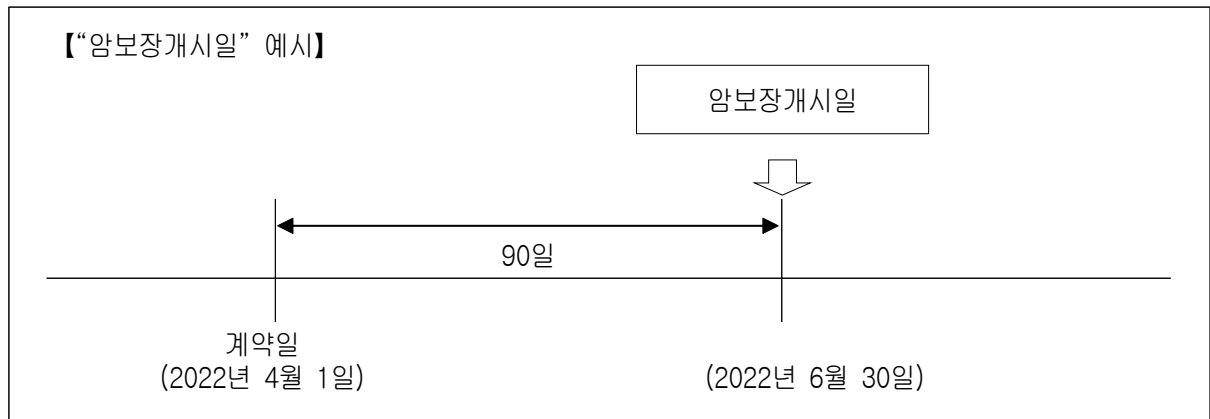
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 소장암·대장암 및 항문암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
소장암·대장암 및 항문암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “소장암·대장암 및 항문암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “소장암·대장암 및 항문암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소장암·대장암 및 항문암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소장암·대장암 및 항문암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“소장암·대장암 및 항문암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “소장암·대장암 및 항문암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 소장암·대장암 및 항문암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

18. 간암 · 담낭암 · 기타담도암 및 췌장암 진단비(355고지) 특별약관

제1조(“간암 · 담낭암 · 기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”이라 함은 【별표72】(간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C80.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ③ “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

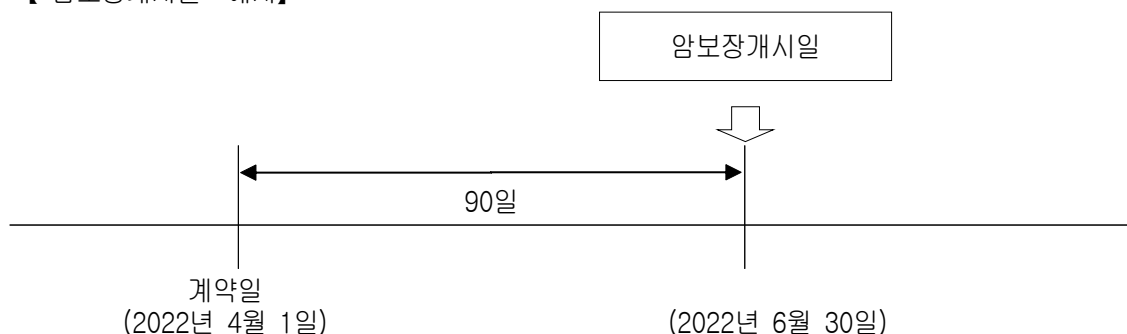
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

19. 심장암 및 뇌암 진단비(355고지) 특별약관

제1조(“심장암 및 뇌암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “심장암 및 뇌암”이라 함은 【별표73】(심장암 및 뇌암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “심장암 및 뇌암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “심장암 및 뇌암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

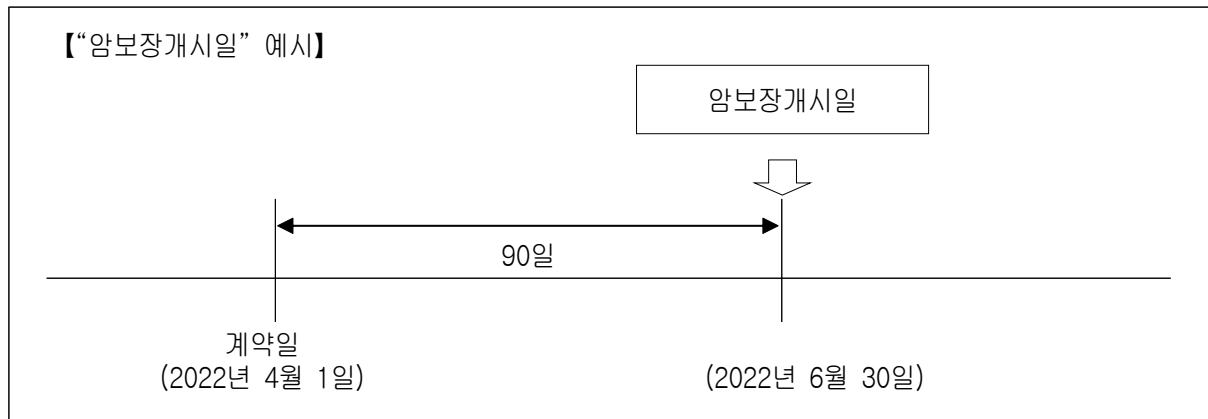
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “심장암 및 뇌암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장암 및 뇌암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장암 및 뇌암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “심장암 및 뇌암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “심장암 및 뇌암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장암 및 뇌암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “심장암 및 뇌암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “심장암 및 뇌암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장암 및 뇌암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장암 및 뇌암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “심장암 및 뇌암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장암 및 뇌암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

20. 호흡기암진단비(355고지) 특별약관

제1조(“호흡기암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “호흡기암”이라 함은 【별표74】(호흡기암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정

준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

③ “호흡기암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “호흡기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

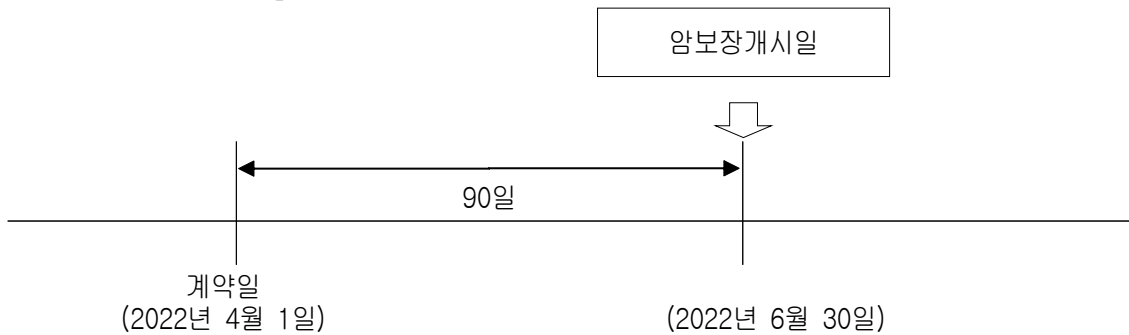
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “호흡기암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 호흡기암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
호흡기암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “호흡기암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “호흡기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “호흡기암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “호흡기암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“호흡기암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “호흡기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 호흡기암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

21. 림프종 및 백혈병 관련암 진단비(355고지) 특별약관

제1조(“림프종 및 백혈병 관련암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “림프종 및 백혈병 관련암”이라 함은 **【별표75】**(림프종 및 백혈병 관련암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “림프종 및 백혈병 관련암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

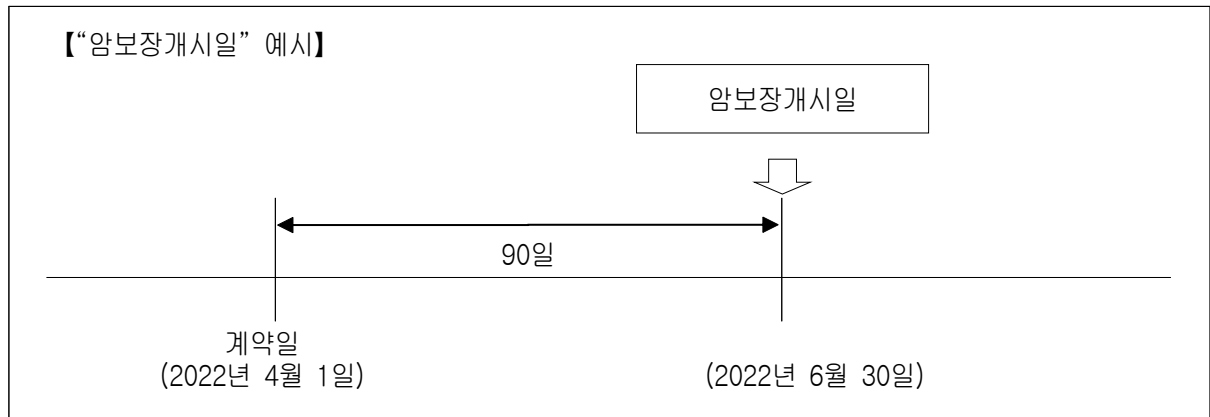
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 림프종 및 백혈병 관련암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
림프종 및 백혈병 관련암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “림프종 및 백혈병 관련암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “림프종 및 백혈병 관련암” 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프종 및 백혈병 관련암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프종 및 백혈병 관련암 진단비를 지급한 경

우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.

- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“림프종 및 백혈병 관련암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “림프종 및 백혈병 관련암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 림프종 및 백혈병 관련암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

22. 통합형암진단비(유사암제외)(355고지) 특별약관

통합형 암진단비(유사암제외) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형암진단비 (위암 및 식도암)
2. 통합형암진단비 (간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암)
3. 통합형암진단비 (폐 관련암)
4. 통합형암진단비 (심장암 및 뇌암)
5. 통합형암진단비 (특정소화기관암)
6. 통합형암진단비 (림프종 및 백혈병관련암 II)
7. 통합형암진단비 (유방암 및 남녀생식기 관련 암)
8. 통합형암진단비 (4대특정암)
9. 통합형암진단비 (12대특정암)

제1조(“통합형암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “통합형암”이라 함은 다음의 제1호 내지 제9호에서 정의하고 있는 암을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.
1. “위암 및 식도암”이라 함은 【별표70】(위암 및 식도암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 2. “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”이라 함은 【별표72】(간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 3. “폐 관련암”이라 함은 【별표96】(폐 관련암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 4. “심장암 및 뇌암”이라 함은 【별표73】(심장암 및 뇌암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 5. “특정소화기관암”이라 함은 【별표102】(특정소화기관암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 6. “림프종 및 백혈병 관련암 II”이라 함은 【별표98】(림프종 및 백혈병 관련암 II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 7. “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

8. “4대특정암”이라 함은 【별표99】(4대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니

다.

9. “12대특정암”이라 함은 【별표100】 (12대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “위암 및 식도암”, “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”, “폐 관련암”, “심장암 및 뇌암”, “특정소화기관암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “유방암 및 남녀생식기 관련 암”, “4대특정암” 또는 “12대특정암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위암 및 식도암”, “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”, “폐 관련암”, “심장암 및 뇌암”, “특정소화기관암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “유방암 및 남녀생식기 관련 암”, “4대특정암” 또는 “12대특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

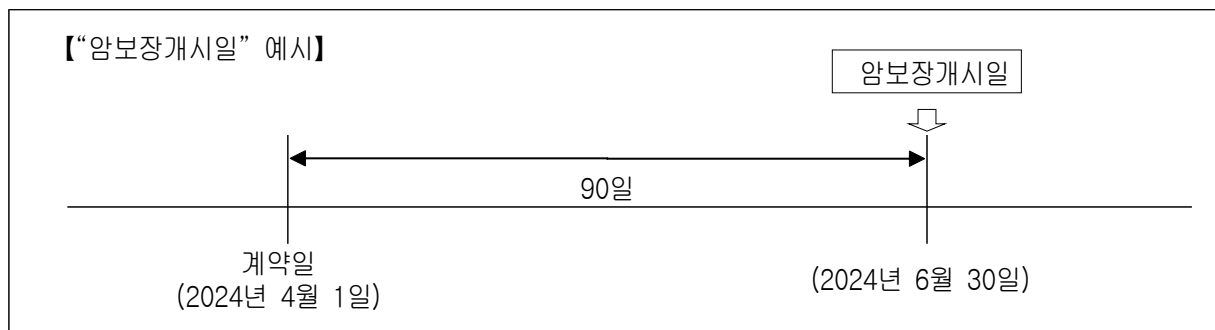
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “통합형암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 “암구분”에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합형암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	암구분	지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
통합형암진단 비(유사암제외)	위암및식도암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	간암,담낭암,기타담도 암 및췌장암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	폐관련암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	심장암및뇌암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정소화기관암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	림프종및백혈병관련암 II	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	유방암및남녀생식기 관련암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	4대특정암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	12대특정암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“통합형암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합형암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 제1항에서 정한 “암보장개시일”이후에 사망하고, 그 후에 “통합형암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 암구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “통합형암”으로 진단이 확정된 경우는

제외합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일”의 전일 이전에 “통합형암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “위암 및 식도암”, “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”, “폐 관련암”, “심장암 및 뇌암”, “특정소화기관암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “유방암 및 남녀생식기 관련 암”, “4대특정암” 또는 “12대특정암”에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “통합형암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

23. 통합형전이암진단비(355고지) 특별약관

통합형전이암진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형전이암진단비(림프절 전이암)
2. 통합형전이암진단비(간 및 간내담관 전이암)
3. 통합형전이암진단비(종격·흉막·신경계통 전이암)
4. 통합형전이암진단비(뇌 및 뇌막 전이암)
5. 통합형전이암진단비(폐 관련 전이암)
6. 통합형전이암진단비(골·골수·복막 전이암)
7. 통합형전이암진단비(특정소화기관 전이암)
8. 통합형전이암진단비(특정전이암 I)
9. 통합형전이암진단비(특정전이암 II)

제1조(“통합형전이암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “통합형전이암”이라 함은 다음의 제1호 내지 제9호에서 정의하고 있는 전이암을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.
 1. “림프절 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 림프절 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 2. “간 및 간내담관 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 간 및 간내담관 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 3. “종격·흉막·신경계통 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 종격·흉막·신경계통 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 4. “뇌 및 뇌막 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 뇌 및 뇌막 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. “폐 관련 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 폐 관련 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 6. “골·골수·복막 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 골·골수·복막 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 7. “특정소화기관 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 특정소화기관 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 8. “특정전이암 I”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 특정전이암 I으로 분류되는 질병을 말합니다.
 9. “특정전이암 II”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 특정전이암 II로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “림프절 전이암”, “간 및 간내담관 전이암”, “종격·흉막·신경계통 전이암”, “뇌 및 뇌막 전이암”, “폐 관련 전이암”, “골·골수·복막 전이암”, “특정소화기관 전이암”, “특정전이암 I” 또는 “특정전이암 II”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의

한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “림프절 전이암”, “간 및 간내담관 전이암”, “종격·흉막·신경계통 전이암”, “뇌 및 뇌막 전이암”, “폐 관련 전이암”, “골·골수·복막 전이암”, “특정소화기관 전이암”, “특정전이암 I”, “특정전이암 II”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

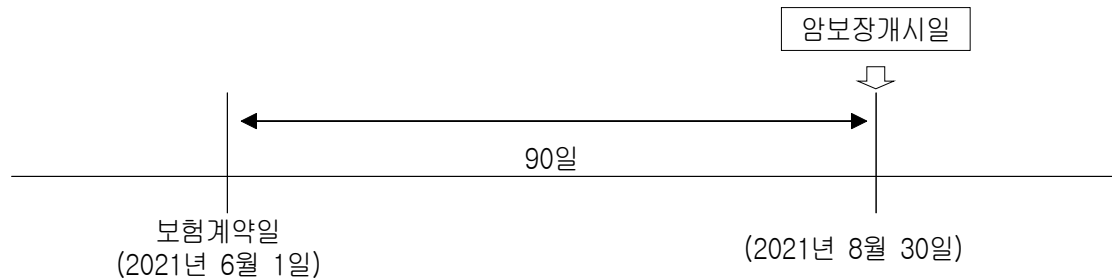
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “통합형전이암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 “암구분”에 따라 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 통합형전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
통합형전이암진단비	림프절 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	간 및 간내담관 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	종격·흉막·신경계통 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	뇌 및 뇌막 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	폐 관련 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	골·골수·복막 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정소화기관 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정전이암 I	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정전이암 II	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“통합형전이암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합형전이암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “통합형전이암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “통합형전이암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “통합형전이암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “림프절 전이암”, “간 및 간내담관 전이암”, “종격·흉막·신경계통 전이암”, “뇌 및 뇌막 전이암”, “폐 관련 전이암”, “골·골수·복막 전이암”, “특정소화기관 전이암”, “특정전이암Ⅰ”, “특정전이암Ⅱ”에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “통합형전이암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

24. 뇌혈관질환진단비(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년이상
뇌혈관질환 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

25. 뇌혈관질환진단비(체증형)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비(체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상 3년 미만	계약일로부터 3년 이상 5년 미만	계약일로부터 5년이상
뇌혈관질환 진단비 (체증형)	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%	이 특약 보험가입금액 의 150%	이 특약 보험가입금액 의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(체증형)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(체증형)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

26. 뇌졸중진단비(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에만 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

27. 뇌출혈진단비(355고지) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표12】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의

- 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

28. 통합형뇌관련진단비(355고지) 특별약관

통합형 뇌관련진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형뇌관련진단비 (뇌출혈)
2. 통합형뇌관련진단비 (뇌졸중(뇌출혈제외))
3. 통합형뇌관련진단비 (기타뇌혈관질환)

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“뇌졸중(뇌출혈제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌졸중(뇌출혈제외)”이라 함은 【별표105】(뇌졸중(뇌출혈제외 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중(뇌출혈제외)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중(뇌출혈제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중(뇌출혈제외)임이 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“기타뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “기타뇌혈관질환”이라 함은 【별표106】(기타뇌혈관질환 분류표)에서 정한 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 기타뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 기타뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 기타뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “기타뇌혈관질환”으로 진단 확정된 경우에 회사는 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합형뇌관련진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
통합형뇌관 련진단비	뇌출혈	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	뇌졸중(뇌출혈제외)	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	기타뇌혈관질환	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “기타뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합형뇌관관련진단비(뇌출혈), 통합형뇌관관련진단비(뇌졸중(뇌출혈제외)), 통합형뇌관관련진단비(기타뇌혈관질환)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “기타뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실은 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

29. 허혈성심장질환진단비(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제

외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

30. 허혈성심장질환진단비(체증형)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비(체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상 3년 미만	계약일로부터 3년 이상 5년 미만	계약일로부터 5년이상
허혈성심장질환 진단비 (체증형)	이 특약 보험가입금액 의 5%	이 특약 보험가입금액 의 50%	이 특약 보험가입금액 의 100%	이 특약 보험가입금액 의 150%	이 특약 보험가입금액 의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비(체증형)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비(체증형)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

31. 급성심근경색증진단비(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

32. 통합형심장관련진단비(355고지) 특별약관

통합형 심장관련진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형심장관련진단비 (협심증)
2. 통합형심장관련진단비 (급성심근경색증)
3. 통합형심장관련진단비 (기타허혈성심장질환)

제1조(“협심증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “협심증”이라 함은 제8차 개정 한 국표준질병·사인분류 중 분류번호 I20(협심증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 협심증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 협심증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 협심증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“기타허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “기타허혈성심장질환”이라 함은 【별표107】(기타허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 기타허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥

(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 기타허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 기타허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “협심증”, “급성심근경색증”, “기타허혈성심장질환”으로 진단 확정된 경우에 회사는 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합형심장관련진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
통합형심장 관련진단비	협심증	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	급성심근경색증	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	기타허혈성심장질환	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “협심증”, “급성심근경색증”, “기타허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합형심장관련진단비(협심증), 통합형심장관련진단비(급성심근경색증), 통합형심장관련진단비(기타허혈성심장질환)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “협심증”, “급성심근경색증”, “기타허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실은 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

다.

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.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

33. 심장질환(특정 I)진단비(355고지) 특별약관

제1조(“심장질환(특정 I)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정 I)”이라 함은 【별표 35】(심장질환(특정 I) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정 I)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정 I)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정 I)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정 I)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정 I)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정 I)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정 I) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개

사실 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정Ⅰ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정Ⅰ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅰ)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정Ⅰ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅰ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정Ⅰ)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34. 심장질환(특정Ⅱ)진단비(355고지) 특별약관

제1조(“심장질환(특정Ⅱ)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정Ⅱ)”이라 함은 【별표 36】(심장질환(특정Ⅱ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정Ⅱ)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영

술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정 II)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정 II)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정 II)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정 II)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정 II)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정 II) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정 II)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정 II)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정 II)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정 II)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정 II)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정 II)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정 II)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정 II)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니

다.

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.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

35. 심장질환(특정Ⅲ)진단비(355고지) 특별약관

제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정Ⅲ)”이라 함은 【별표 37】(심장질환(특정Ⅲ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정Ⅲ)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정Ⅲ)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정Ⅲ)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정Ⅲ)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정Ⅲ)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정Ⅲ)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정Ⅲ) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개

시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정Ⅲ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅲ)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅲ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정Ⅲ)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

36. 심장질환(특정Ⅳ)진단비(355고지) 특별약관

제1조(“심장질환(특정Ⅳ)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정Ⅳ)”이라 함은 【별표 38】(심장질환(특정Ⅳ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정Ⅳ)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영

술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정Ⅳ)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정Ⅳ)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정Ⅳ)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정Ⅳ)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정Ⅳ)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정Ⅳ) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정Ⅳ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅳ)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅳ)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정Ⅳ)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅳ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정Ⅳ)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

다.

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.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

37. 간경변증진단비(355고지) 특별약관

제1조(“간경변증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “간경변증”이라 함은 【별표15】(간경변증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “간경변증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 “간경변증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “간경변증”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 간경변증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
간경변증진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “간경변증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“간경변증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “간경변증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 간경변증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

38. 중등도이상 만성신부전증진단비 특별약관

제1조(“중등도이상 만성신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등도이상 만성신부전증”이라 함은 단백뇨가 지속적으로 나오거나 혈뇨와 같은 신장손상의 증거가 있는 등 3개월 이상 지속적으로 신장기능이 저하된 상태로 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 N18(만성 신장병)에 해당하는 질병 중에서 3개월 이상 추정 사구체 여과율(eGFR : estimated Glomerular Filtration rate)이 분당 60mL 미만의 만성신장병으로 진단을 받은 경우를 말합니다.
- ② “중등도이상 만성신부전증”의 진단확정은 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로 폐쇄 징후 등을 확인한 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “중등도이상 만성신부전증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등도이상 만성신부전증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상 만성신부전증진단비로

보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
중등도이상 만성신부전증 진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등도이상 만성신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성신부전증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성신부전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등도이상 만성신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등도이상 만성신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중등도이상 만성신부전증진단비에 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

39. 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비(355고지) 특별약관

제1조(“중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”이라 함은 【별표16】(만성폐쇄성폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단 확정되고, 폐활량 측정법 검사 결과 다음의 기준에 해당하여야 합니다. 단, 폐기능 검사성적은 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 만성폐쇄성폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
 1. 기관지 확장제를 투여한 폐활량 측정법으로 FVC, FEV1을 측정하여 1초간 FEV1/FVC이 0.70미만
 2. 1초간 노력성 호기량(FEV1) 검사가 지속적으로 정상예측치의 80% 미만
- ② “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 정기적인 흉부X선 소견 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록과 같은 문서화된 기록 또는 폐기능 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
중등도이상 만성폐쇄성폐질환 진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미

경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

40. 중등도이상 폐렴진단비(355고지) 특별약관

제1조(“중등도이상 폐렴”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)”이라 함은 【별표42】(폐렴 분류표)에서 정한 질병으로 진단 확정되고, PSI(Pneumonia Severity Index : 폐렴중등도 지표) 점수(【별표43】(폐렴중등도 지표 점수 산정) 참조)가 71점 이상인 경우를 말합니다.
- ② “중등도이상 폐렴”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 정기적인 흉부X선 소견 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록과 같은 문서화된 기록 또는 폐기능 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “중등도이상 폐렴”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등도이상 폐렴”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
중등도이상 폐렴진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등도이상 폐렴”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 폐렴진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 폐렴진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등도이상 폐렴”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등도이상 폐렴”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중등도이상 폐렴진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

41. 말기간경화진단비(355고지) 특별약관

제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 말기간경화로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
말기간경화진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “말기간경화”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “말기간경화”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기간경화”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 말기간경화진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

42. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표8 2】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 말기신부전증으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
말기신부전증 진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “말기신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “말기신부전증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

43. 말기폐질환진단비(355고지) 특별약관

제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표 83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 말기폐질환으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금

액에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
말기폐질환진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “말기폐질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

44. 6대희귀난치성질환진단비(355고지) 특별약관

제1조(“6대희귀난치성질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “6대희귀난치성질환”이라 함은 아래 【별표17】(6대희귀난치성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “6대희귀난치성질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “6대희귀난치성질환”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 6대희귀난치성질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
6대희귀난치성질환진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “6대희귀난치성질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 6대희귀난치성질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 6대희귀난치성질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“6대희귀난치성질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “6대희귀난치성질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 6대희귀난치성질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니

다.

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.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

45. 통풍진단비(355고지) 특별약관

제1조(“통풍”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “통풍”이라 함은 【별표26】(통풍 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “통풍”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “통풍”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “통풍”으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
통풍진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “통풍”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“통풍”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “통풍”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“통풍”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “통풍”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

46. 대상포진진단비(355고지) 특별약관

제1조(“대상포진”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “대상포진”이라 함은 【별표27】(대상포진 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “대상포진”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “대상포진”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “대상포진”으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
대상포진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “대상포진”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“대상포진”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대상포진”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“대상포진”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대상포진”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

47. 대상포진눈병진단비(355고지) 특별약관

제1조(“대상포진눈병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “대상포진눈병”이라 함은 【별표 28】(대상포진눈병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “대상포진눈병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “대상포진눈병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “대상포진눈병”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
대상포진눈병진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “대상포진눈병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“대상포진눈병”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대상포진눈병”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“대상포진눈

병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대상포진눈병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

48. 특정류마티스관절염진단비(355고지) 특별약관

제1조(“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “특정류마티스관절염”이라 함은 제1호와 제2호를 모두 만족하여야 합니다. 다만, 퇴행성 골관절염 등의 골관절염은 제외합니다.
1. “특정류마티스관절염”이라 함은 【별표44】(특정류마티스관절염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 2. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 하며, 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 아세틸살리실산 제제 등 비스테로이드성 항염제는 제외합니다. 다만, 임상학적으로 류마티스관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 못한 경우에는 ‘가’ 또는 ‘나’에 해당됨을 증명할만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.
 - 가. 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
 - 나. 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우
- ② 제1항의 “특정류마티스관절염”의 진단확정은 해당 분야(류마티스내과 등) 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “특정류마티스관절염”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 특정류마티스관절염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
특정류마티스관절염진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “특정류마티스관절염”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정류마티스관절염진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정류마티스관절염진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정류마티스관절염”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정류마티스관절염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

49. 요로결석진단비(355고지) 특별약관

제1조(“요로결석”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “요로결석”이라 함은 【별표45】(요로결석 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “요로결석의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “요로결석”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

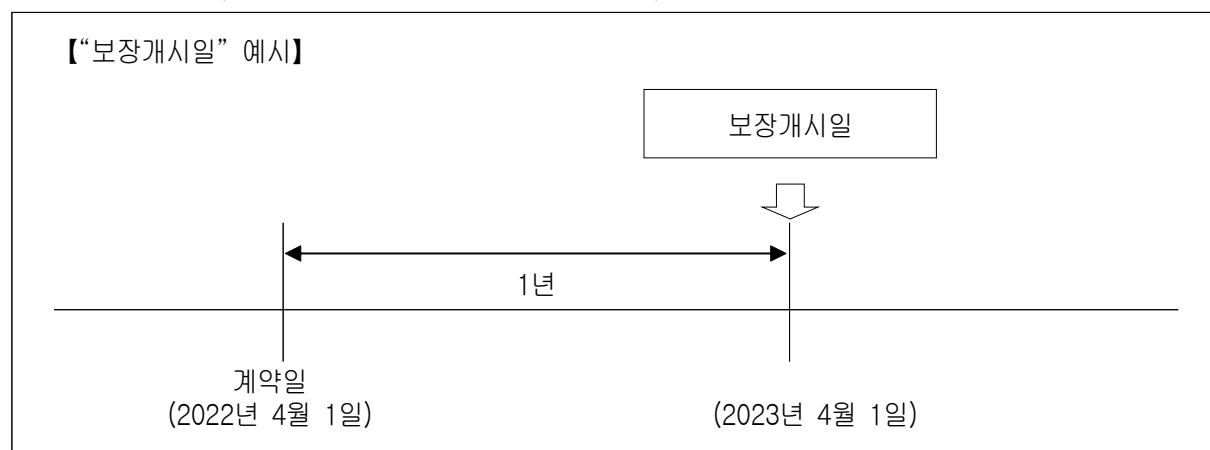
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “요로결석”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 요로결석진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
요로결석진단비	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “요로결석”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. (이하 “보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “요로결석”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비를 지급합니다. 다만, “보장개시일” 전일 이전에 “요로결석”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“요로결석”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “요로결석”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“요로결석”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “요로결석”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 요로결석진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “요로결석”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

50. 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」이라 함은 【별표84】(위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」으로 진단확정되었을 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
위·십이지장및대장양성종양 (폴립포함)진단비(연간1회)	보험가입금액 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (사고증명서(진료비계산서, 진단서(폴립의 경우 내시경검사결과지로 대체 가능), 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

51. 욕창진단비(355고지) 특별약관

제1조(“욕창”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “욕창”이라 함은 【별표53】(욕창 분류표)에서 정한 욕창개양 및 압박부위를 말합니다.
- ② 제1항의 욕창개양 및 압박부위란 신체에 일정한 부위에 압력 혹은 마찰과 응전력이 결합한 압력이 지속적 또는 반복적으로 가해짐으로써 모세혈관의 순환장애로 인한 허혈성 조직 괴사로 생기는 피부나 하부조직의 손상상태를 의미합니다.
- ③ 제1항의 “욕창”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “욕창”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “육창”으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 육창진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
육창진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “육창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 육창진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“육창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “육창”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 육창진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“육창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “육창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 육창진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

52. 욕창중등증이상진단비(3,4단계)(355고지) 특별약관

제1조(“중등증이상 욕창”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등증이상 욕창”이라 함은 【별표54】(중등증이상 욕창 분류표)에서 정한 욕창궤양 및 압박부위 제3단계와 욕창궤양 및 압박부위 제4단계를 말합니다.
- ② 제1항의 욕창궤양 및 압박부위 제3단계란 밑에 있는 근막까지 확장된 피하조직의 괴사와 손상을 포함한 전층 피부손실을 동반한 욕창(압박)궤양을 의미합니다.
- ③ 제1항의 욕창궤양 및 압박부위 제4단계란 근육, 뼈, 또는 지지구조(즉, 힘줄 또는 관절낭)의 괴사를 동반한 욕창(압박)궤양을 의미합니다.
- ④ 제1항의 “중등증이상 욕창”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중등증이상 욕창”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등증이상 욕창”으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 욕창중등증이상진단비(3,4단계)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
욕창중등증이상진단비 (3,4단계)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등증이상 욕창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 욕창중등증이상진단비(3,4단계)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“중등증이상 욕창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등증이상 욕창”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 욕창중등증이상진단비(3,4단계)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등증이상 욕창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등증이상 욕창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 욕창중등증이상진단비(3,4단계)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

53. 심방세동및조동진단비(355고지) 특별약관

제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심방세동 및 조동”이라 함은 【별표 108】(심방세동 및 조동 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심방세동 및 조동”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도 혹은 심조율 기록지, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 중 “심방세동 및 조동”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사 방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “심방세동 및 조동”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심방세동 및 조동”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심방세동및조동진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
심방세동및조동진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심방세동 및 조동”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심방세동및조동진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심방세동 및 조동”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심방세동및조동진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심방세동 및 조동”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심방세동및조동진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

54. 갑상선기능저하증진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「갑상선기능저하증」이라 함은 【별표109】(갑상선기능저하증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 선천성 요오드결핍증후군 및 선천성 갑상선기능저하증은 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항의 「갑상선기능저하증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선자극 호르몬(TSH) 검사, 유리 싸이록신(free T4) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선기능저하증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한, 회사가 「갑상선기능저하증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 「갑상선기능저하증」으로 진단 확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선기능저하증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
갑상선기능저하증진단비	보험가입금액 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “갑상선기능저하증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선기능저하증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선기능저하증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 갑상선기능저하증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

55. 뇌전증진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌전증”이라 함은 【별표110】(뇌전증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “뇌전증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 “뇌전증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 “뇌전증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌전증”으로 진단 확정되는 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
뇌전증진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌전증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

56. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “일과성뇌허혈발작”이라 함은 【별표 111】(일과성뇌허혈발작 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 일과성 완전기억상실(G45.4), 신생아의 신생아뇌허혈(P91.0), 뇌출혈 및 뇌경색증(I60~I63), 뇌전증(G40), 편두통(G43), 실신 및 허탈(R55)은 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항의 “일과성뇌허혈발작”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 의학적으로 “일과성뇌허혈발작”으로 인정되는 병력·신경학적 검진 및 뇌영상검사 등 해당 질병의 진단을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가로 정해집니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상거 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 “일과성뇌허혈발작”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “일과성뇌허혈발작”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “일과성뇌허혈발작”으로 진단 확정되는 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일과성뇌허혈발작진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
일과성뇌허혈발작진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “일과성뇌허혈발작”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 일과성뇌허혈발작진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “일과성뇌허혈발작”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 일과성뇌허혈발작진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않

습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “일과성뇌허혈발작”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 일과성뇌허혈발작진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

57. 혈전용해치료비(최초1회한)(355고지) 특별약관

57-1.혈전용해치료비(뇌경색증(163))(최초1회한)(355고지) 보장

제1조(“뇌경색증(163)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “뇌경색증(163)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 163(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌경색증(163)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 보장의 보험기간 중 뇌경색증(163)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(163)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘뇌경색증(163)’의 치료를 직접적인 목

적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “뇌경색증(I63)”으로 진단 확정되고, 그 “뇌경색증(I63)”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (뇌경색증(I63)) (최초1회한)	이 보장의 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

57-2. 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(최초1회한)(355고지) 보장

제1조(“급성심근경색증(I21)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “급성심근경색증(I21)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증(I21)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 보장의 보험기간 중 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘급성심근경색증(I21)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “급성심근경색증(I21)”으로 진단 확정되고, 그 “급성심근경색증(I21)”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우 회사는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (급성심근경색증(I21)) (최초1회한)	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

58. 혈전용해치료비(연간1회한)(355고지) 특별약관

58-1. 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(연간1회한) 보장

제1조(“뇌경색증(I63)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “뇌경색증(I63)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌경색증(I63)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각

호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 보장의 보험기간 중 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘뇌경색증(I63)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제1조(“뇌경색증(I63)”)의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌경색증(I63)으로 진단 확정되고, 그 뇌경색증(I63)의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(“혈전용해치료”의 정의)에서 정한 혈전용해치료를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (뇌경색증(I63)) (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “혈전용해치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로

봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

58-2. 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(연간1회한) 보장

제1조(“급성심근경색증(I21)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “급성심근경색증(I21)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증(I21)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 보장의 보험기간 중 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘급성심근경색증(I21)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제1조(“급성심근경색증(I21)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 급성심근경색증(I21)으로 진단 확정되고, 그 급성심근경색증(I21)의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(“혈전용해치료”의 정의)에서 정한 혈전용해치료를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (급성심근경색증(I21)) (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액 100%

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “혈전용해치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

59. 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“갑상선기능항진증” 및 “갑상선기능항진증치료”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “갑상선기능항진증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 E05(갑상선독증[갑상선기능항진증])에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 갑상선기능항진증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타관계법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가

진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “갑상선기능항진증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

- ③ “갑상선기능항진증치료”라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 갑상선절제술을 받은 경우

: 이 특약에 있어서 “갑상선절제술”이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 “갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)” 및 “갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)”을 말합니다.

2. 방사선요오드 치료를 받은 경우

3. 항갑상선제를 60일 이상 처방받은 경우

【방사선요오드 치료】

주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료

【항갑상선제】

주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “감상선기능항진증”으로 진단 확정되고 “감상선기능항진증치료”를 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 감상선기능항진증 치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
감상선기능항진증치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 감상선기능항진증치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

60. 질병입원비(1일 이상 180일 한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

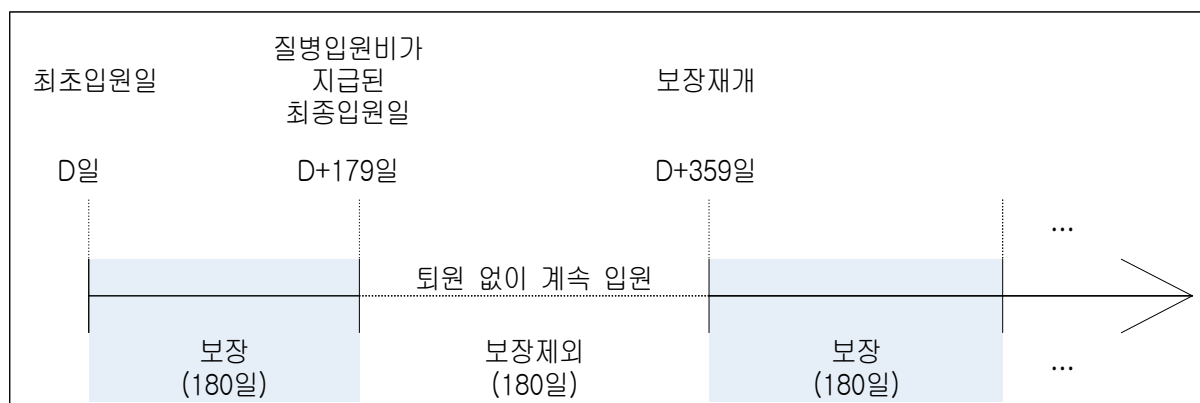
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 질병입원비(1일 이상 180일 한도)(이하 “질병입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원비 (1일 이상 180일 한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이란도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

61. 질병입원비(1일 이상 20일 한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

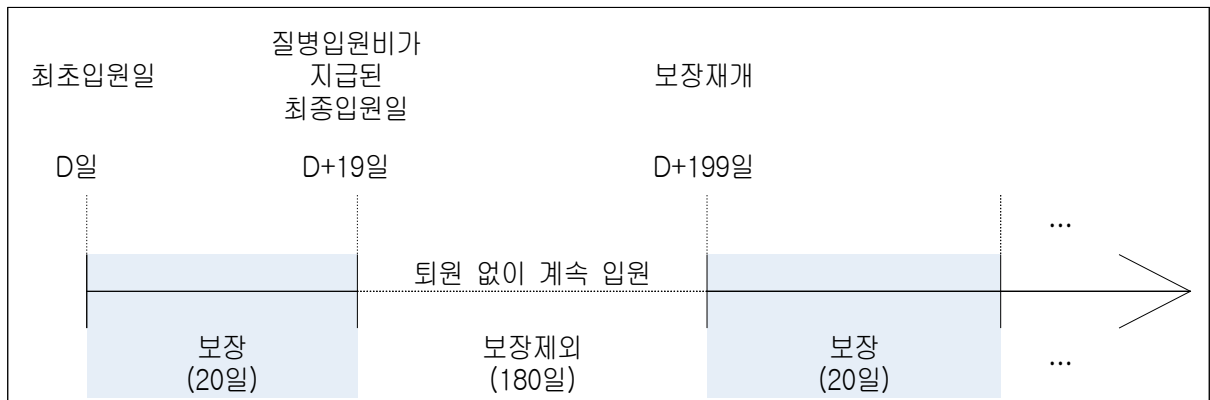
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 질병입원비(1일 이상 20일 한도)(이하 “질병입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원비 (1일이상20일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 20일을 최고한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

62. 종합병원질병입원비(1일 이상 180일 한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의 3(종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

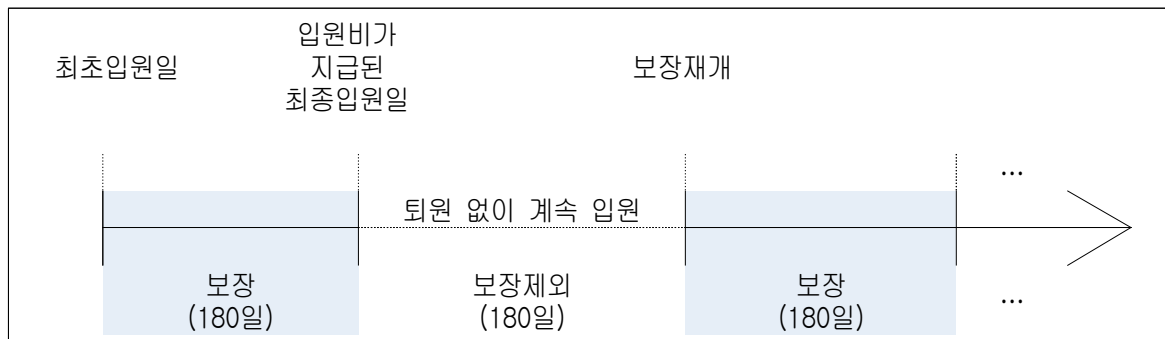
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입

원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”로 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

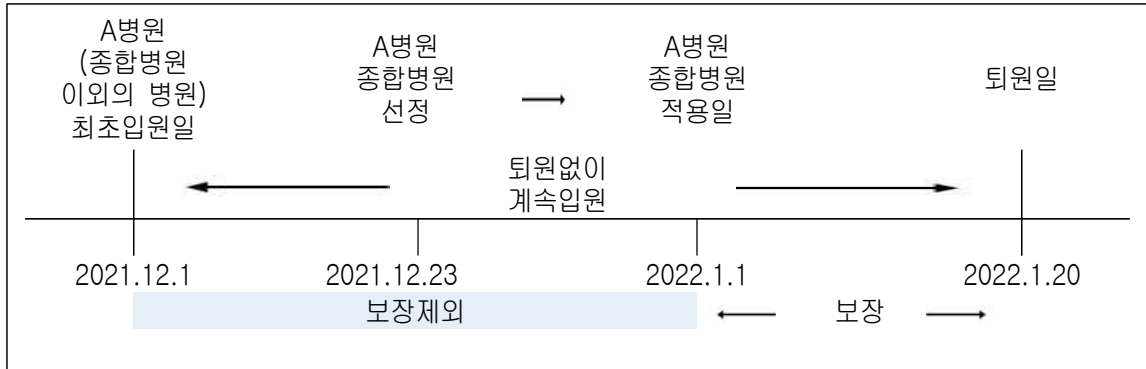
구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
종합병원질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

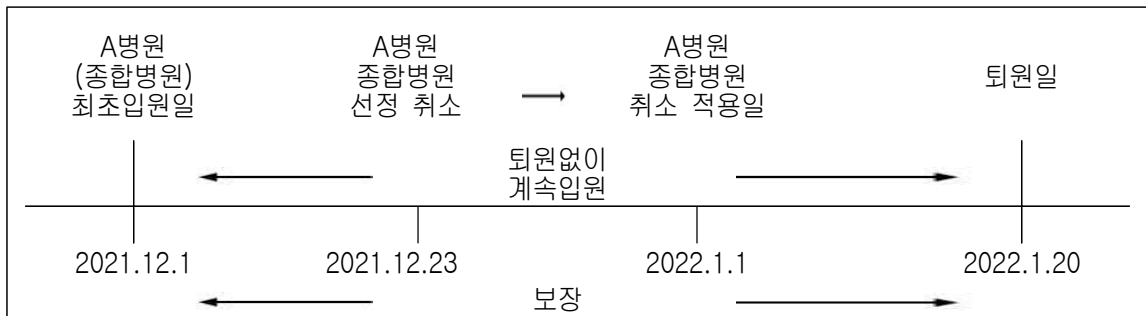
- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)〔별표122〕(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

63. 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

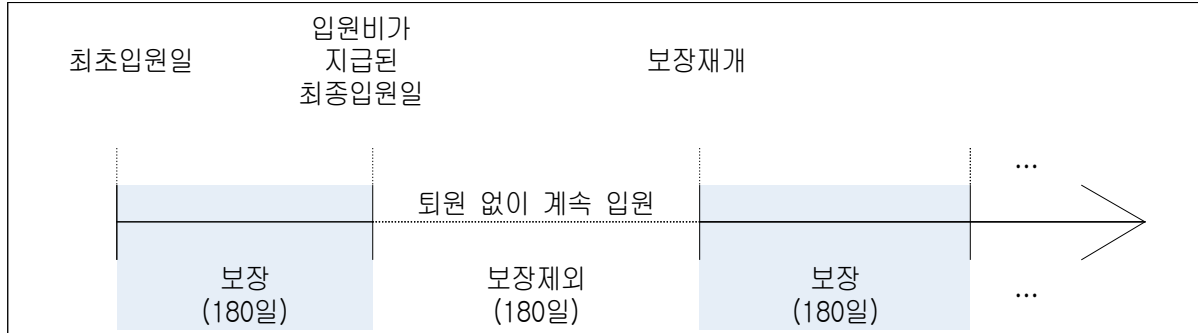
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 보험가입금액을 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”로 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

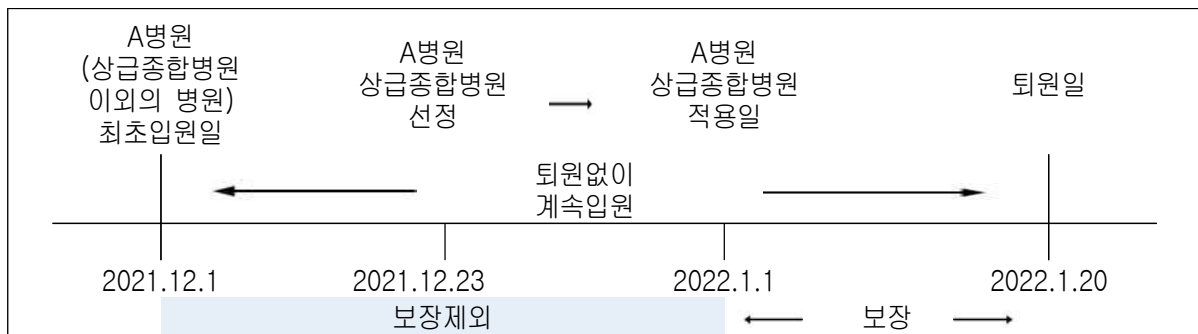
구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
상급종합병원질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

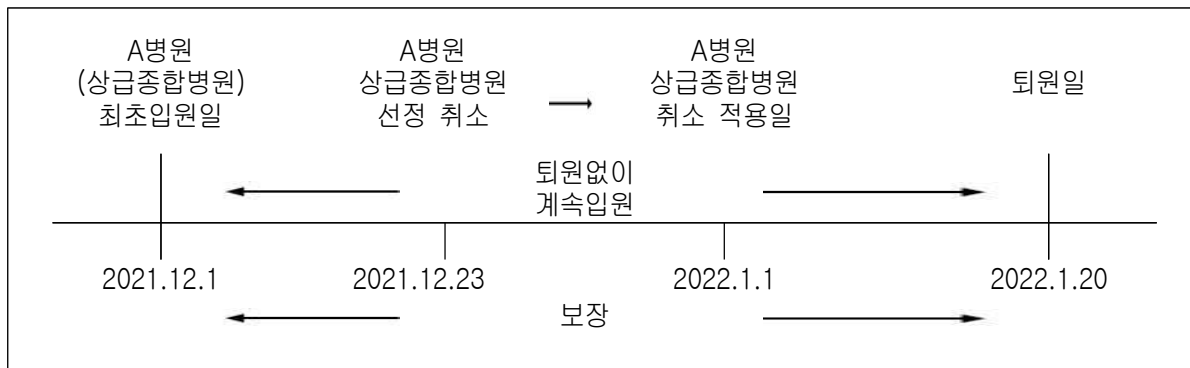
- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

64. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표7】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

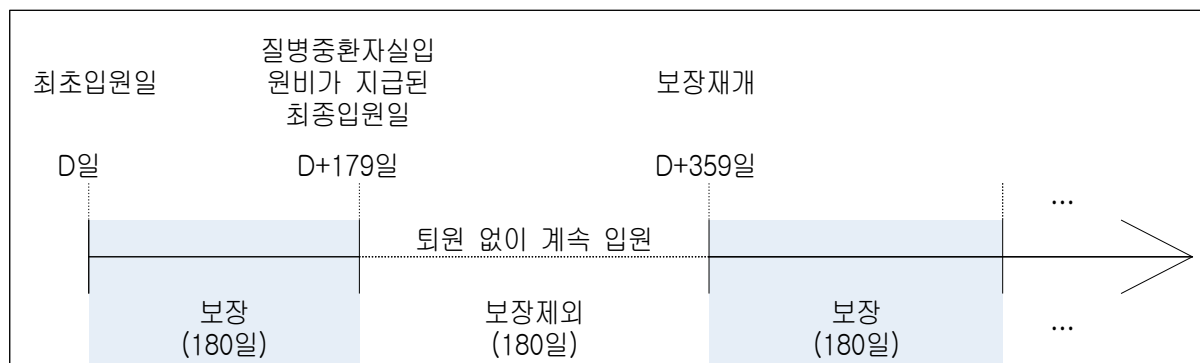
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(이하 “질병중환자실입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병중환자실입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

65. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2

- 조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

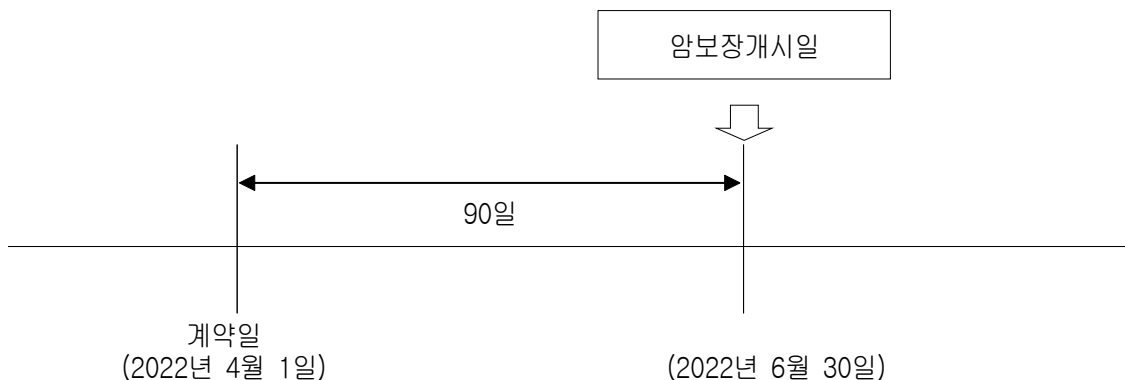
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” “갑상선암” “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약 보험가입금액의 10%		1일당 이 특약 보험가입금액의 20%

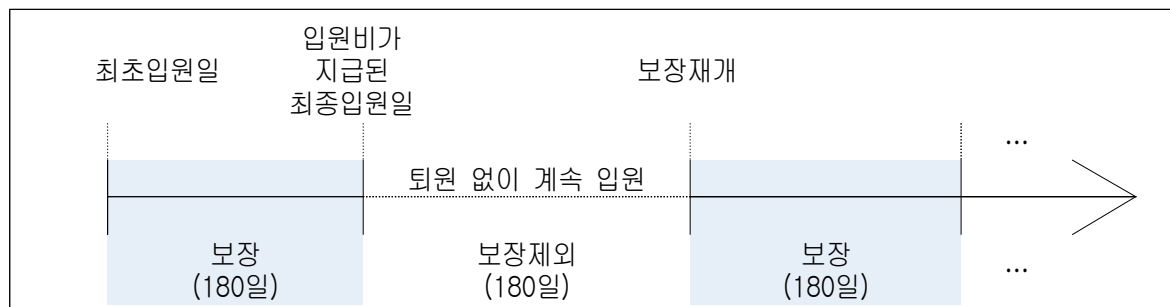
제5조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암”의 보장개시일 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암 등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

66. 요양병원암입원비(1일이상90일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이

진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단 확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

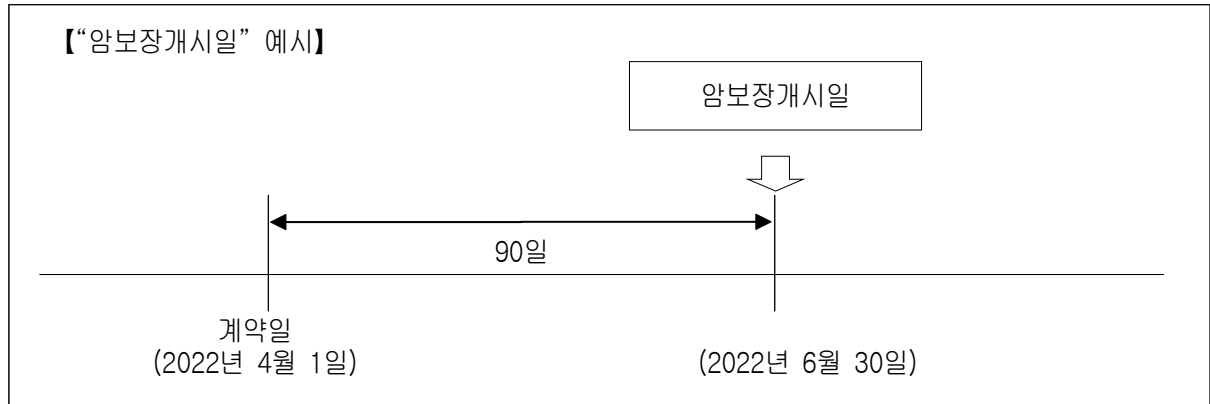
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단확정되고 그 “암 등의 질병”으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 요양병원암입원비(1일이상90일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” “갑상선암” “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약 보험가입금액의 10%		1일당 이 특약 보험가입금액의 20%

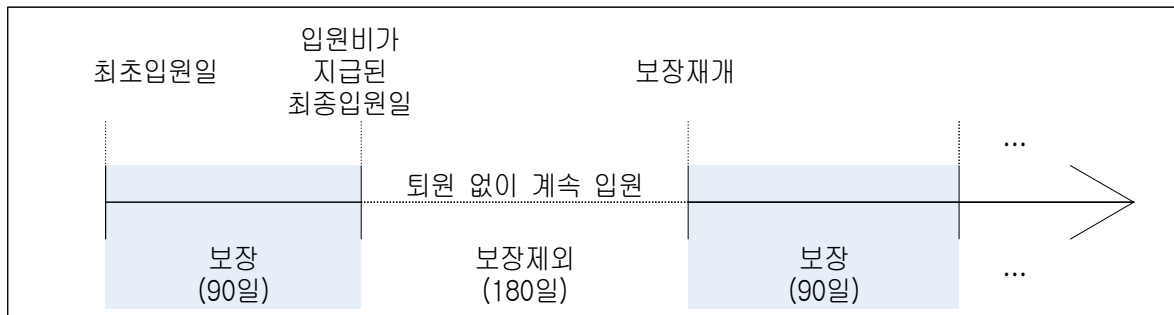
제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 함

니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암 등의 질병”으로 인하여 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이거나 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 입원비의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 90일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

67. 암중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한

질병을 말합니다.

- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“중환자실”의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표7】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제3조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한

경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

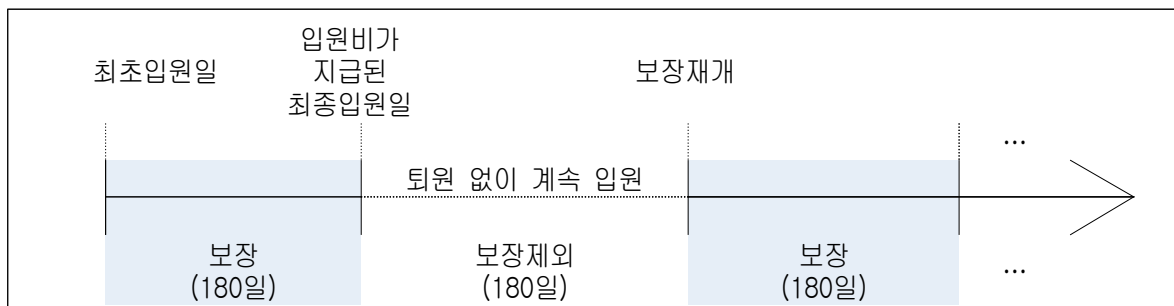
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정되고 그 “암 등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 암중환자실입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암중환자실입원비 (1일이상180일한도)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 “암 등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

68. 상급종합병원암직접치료통원비(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단 확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

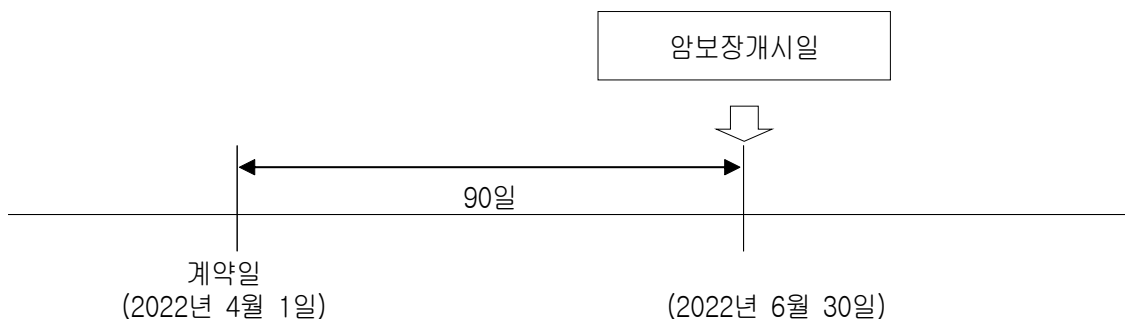
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암 보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 통원1회당 아래의 금액을 상급종합병원암직접치료통원비(이하 “통원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하며 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“암”으로 통원시 (통원1회당)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” “갑상선암” “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 통원시 (통원1회당)	이 특약 보험가입금액의 50%		이 특약의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암”의 보장개시일 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

- ③ 피보험자가 상급종합병원이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

69. 암직접치료통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암)분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태

(암으로 변하기 이전 상태 , Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 함)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

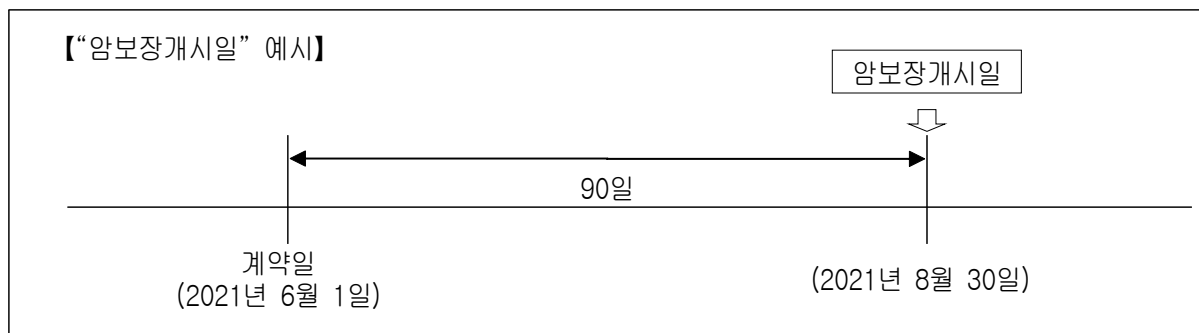
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (연간30회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

70. 암직접치료통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료

3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

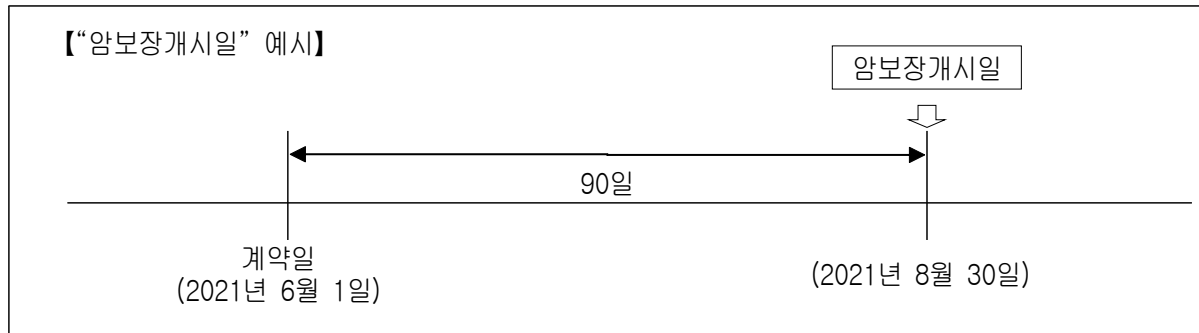
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (연간10회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

71. 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

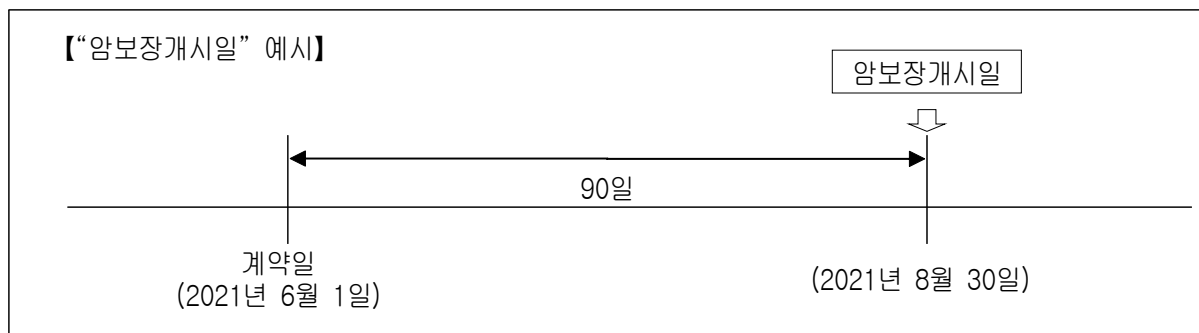
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원 비(종합병원) (연간30회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 종합병원이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

72. 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

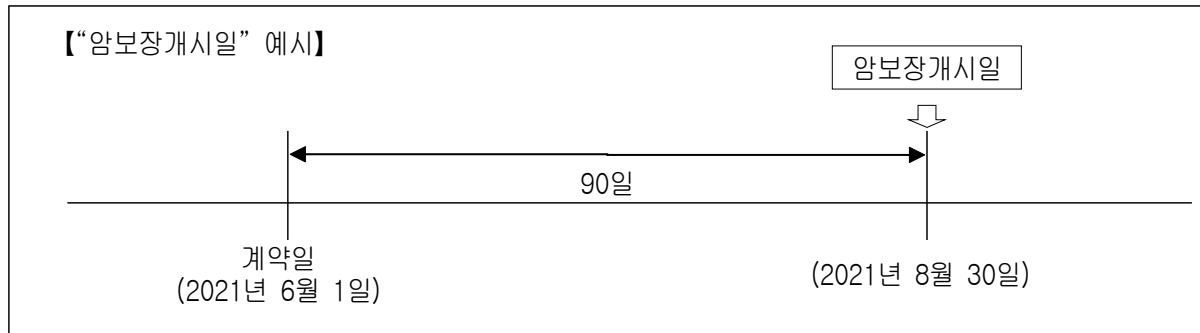
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비(종합병원) (연간10회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

73. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정) (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

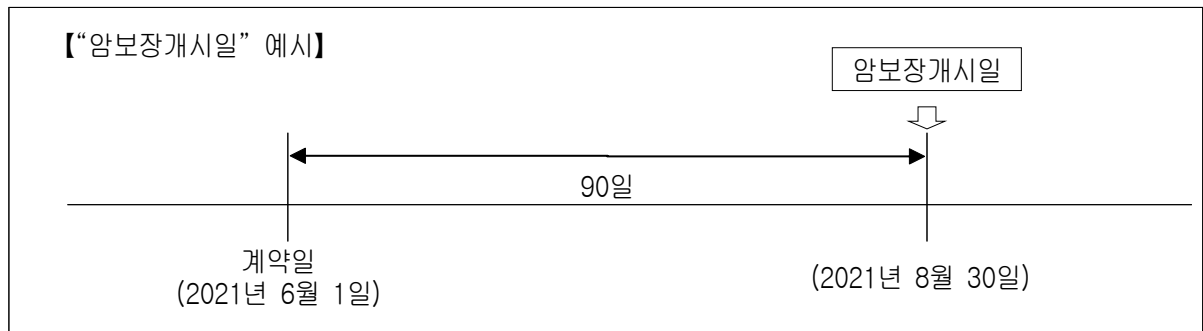
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비(상급종합병원) (연간30회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

74. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정) (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수

행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

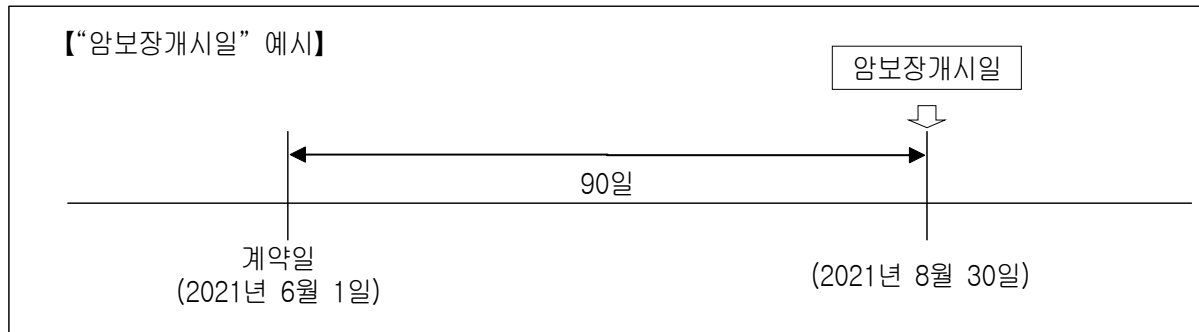
구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시

일"이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

75. 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “뇌출혈”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌출혈”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 “뇌출혈”의 경우에는 이는 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “뇌출혈”로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “뇌출혈”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

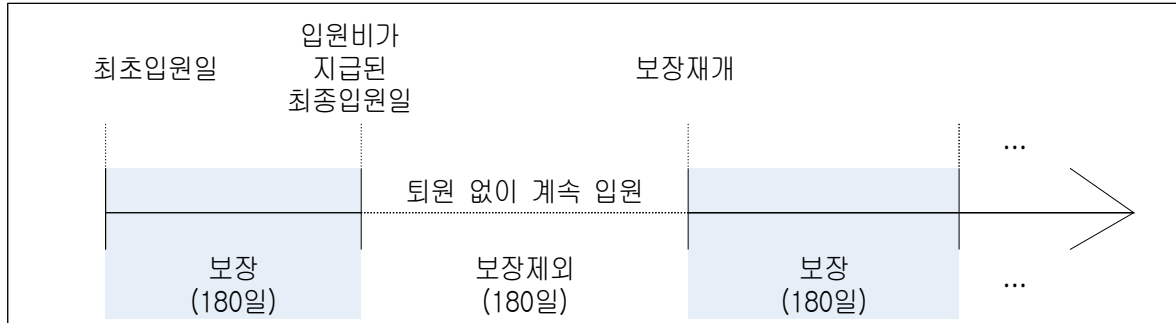
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 뇌출혈 직접치료입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈 직접치료입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “뇌출혈”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 “뇌출혈”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

76. 뇌졸중통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

77. 뇌졸중통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야

하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중 통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

78. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌졸중"의 치료를 직접적인 목적으로 종합 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

79. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

80. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수

- 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

81. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌졸중"의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

82. 뇌혈관질환통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

83. 뇌혈관질환통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표122】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후

유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사

가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

84. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는

경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

- 우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

85. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에

게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

86. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

87. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 이 특약의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

88. 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하

“의사”라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에서 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 “급성심근경색증”의 경우에는 이는 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “급성심근경색증”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “급성심근경색증”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

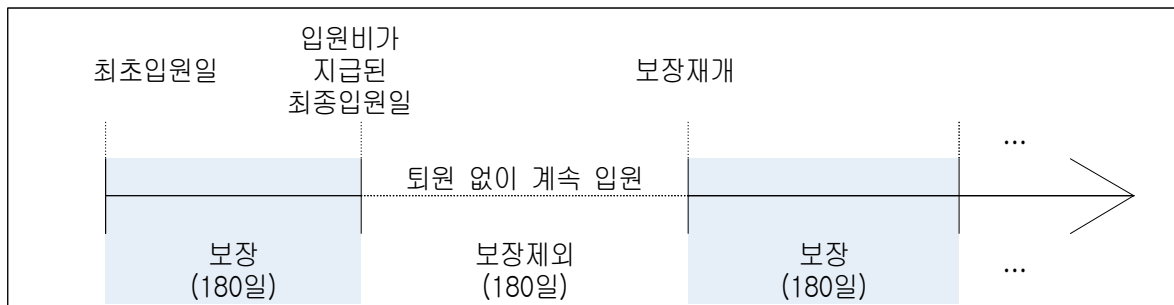
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 직접치료입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “급성심근경색증”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 “급성심근경색증”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중

보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

89. 급성심근경색증통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

90. 급성심근경색증통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

91. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의

하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

92. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "급성심근경색증"의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

93. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

94. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료

및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

95. 허혈성심장질환통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

96. 허혈성심장질환통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사

가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

97. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

98. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

99. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의

어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

100. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금

을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

101. 특정전염병 II 입원비(1일이상30일한도)(355고지) 특별약관

제1조(“특정전염병 II”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “특정전염병 II”이라 함은 【별표3 4】(특정전염병 II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 단, 제1항에서 정한 질병 중 제8차 한국표준질병사인분류의 ‘U07.1’은 응급 사용을 위하여 세계보건기구의 지시에 의해 즉시 사용될 수 있는 분류항목군에 수록되어, 이후 세계보건기구의 추가적인 결정에 따라 다른 대분류상의 특정 코드로 변경 되는 경우에는 변경된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “특정전염병 II”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “특정전염병 II”의 치료를 직접적인 목적으로 입원이란 의사에 의해 “특정전염병 II”으로 진단 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 진단확정된 “특정전염병 II”의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “특정전염병 II”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “특정전염병 II”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “특정전염병 II”으로 진단 확정된 경우에는 이는 “특정전염병 II”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “특정전염병 II”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

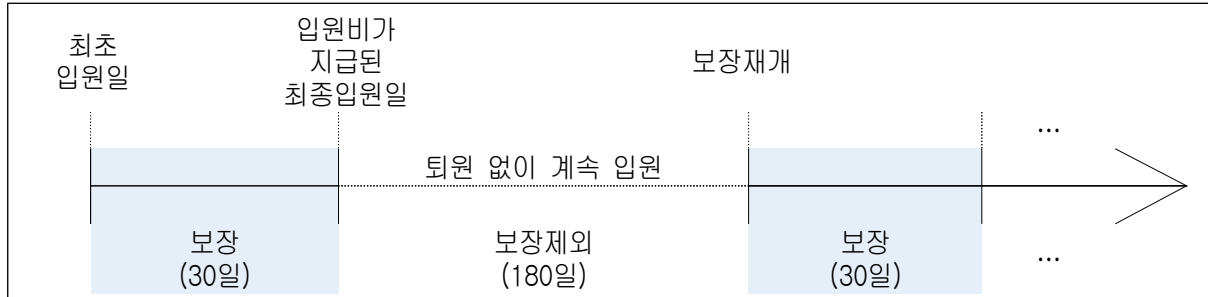
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “특정전염병 II”의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 아래의 보험가입금액을 특정전염병 II 입원비(1일이상30일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정전염병 II 입원비 (1일이상30일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 “특정전염병Ⅱ”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 “특정전염병Ⅱ”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “특정전염병Ⅱ”의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

102. 질병수술비(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다..
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ② 회사는 제1항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환

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, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

103. 질병수술비(백내장제외)(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저 (Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저 (Laser) 수술인 경우는 제외합니다..
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병(단, 백내장은 제외합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 질병수술비(백내장제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (백내장제외)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항의 “백내장”이란 【별표11-5】 (백내장분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(백내장제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장제외)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험

금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 백내장분류표(【별표11-5】(백내장분류표) 참조)에서 정한 백내장
- ② 회사는 제1항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 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, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄니다)

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

104. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병(단, 백내장 및 대장용종은 제외합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(백내장및대장용종제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (백내장및대장용종제외)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항의 “백내장”이란 【별표11-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제1항의 “대장용종”이란 【별표112】(대장용종 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(백내장및대장용종제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장및대장용종제외)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급함

- 니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 백내장 분류표(【별표11-5】(백내장 분류표))에서 정한 백내장
 10. 대장 양성종양 및 폴립(【별표112】(대장용종 분류표) 참조)의 내시경적 절제술
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

105. 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병(단, 특정다빈도8대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (특정다빈도8대질병제외)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항의 “특정다빈도8대질병”이란 **【별표113】** (특정다빈도8대질병 분류표)에서 정한 백내장, 대장용종, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장장애로 분류되는 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(**【별표122】** (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 특정다빈도8대질병 분류표(【별표113】(특정다빈도8대질병 분류표))에서 정한 백내장, 대장용종, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장애
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

106. 질병수술비(종합병원)(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(“종합병원”의 정의)에서 정한 종합병원에서 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비(종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(종합병원)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 수술비(종합병원)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은

질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62,K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아

닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력 개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

107. 질병수술비(상급종합병원)(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (상급종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(“상급종합병원”의 정의)

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

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(상급종합병원)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(상급종합병원)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62,K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생

한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

질병1~5종수술비Ⅲ 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1종수술비Ⅲ 보장
2. 질병2종수술비Ⅲ 보장
3. 질병3종수술비Ⅲ 보장
4. 질병4종수술비Ⅲ 보장
5. 질병5종수술비Ⅲ 보장

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타수술 “1~5종 수술분류표Ⅲ”에 해당하지 않는 시술

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 질병1~5종수술비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 (각종별 특약보험가입금액의 50%)	계약일로부터 1년 이상 (각종별 특약보험가입금액의 100%)
1종수술	질병1종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병1종수술비III 보장의 보험가입금액
2종수술	질병2종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병2종수술비III 보장의 보험가입금액
3종수술	질병3종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병3종수술비III 보장의 보험가입금액
4종수술	질병4종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병4종수술비III 보장의 보험가입금액
5종수술	질병5종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병5종수술비III 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술비III를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병1~5종수술비III를 지급합니다.
- ② 제1항에서 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.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

109. 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
2. 질병2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
3. 질병3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
4. 질병4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
5. 질병5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
6. 질병6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
7. 질병7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
8. 질병8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장

제1조(“수술 및 시술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술 및 시술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 “수술시술코드”라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술시술코드는 「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 특약은 KDRG 버전 4.5(2023.1.1. 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 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 급여상대가치점수”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.

- ③ 제2항의 수술시술코드에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 수술시술코드가 변경되는 경우 이 특약의 체결시점에서 정한 수술시술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특약 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 특약 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【예시】

이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 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) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(이하 “수술비(시술포함)”이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드 당 연간1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 (각종별 특약보험가입금액의 50%)	계약일로부터 1년 이상 (각종별 특약보험가입금액의 100%)
1종수술	질병1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
2종수술	질병2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
3종수술	질병3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
4종수술	질병4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
5종수술	질병5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
6종수술	질병6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
7종수술	질병7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
8종수술	질병8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 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 수술비(시술포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상

의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

- ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 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 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 수술비(시술포함)를 보장합니다.
- 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 정의와 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 “주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)”에 해당하는 수술비(시술포함)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 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)», 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)», 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O0110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하

지 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 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 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 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니

다.

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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

110. 질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

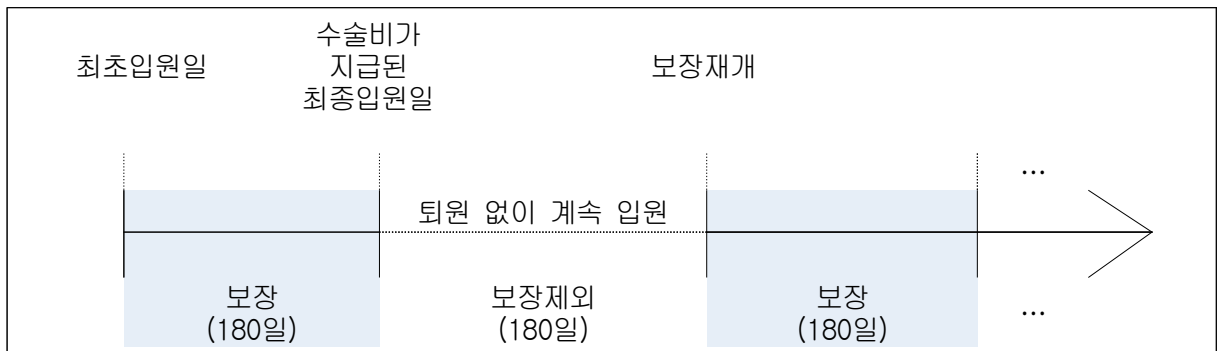
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 수술한 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원치료수술비(종합병원)(이하 “수술비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술비의 지급일수는 1회 수술동반입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원치료수술비 (종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50% × 입원일수	이 특약의 보험가입금액 × 입원일수

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래



와 같이 수술비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

- ③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술하고 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 수술비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 수술비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원하여 수술한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술하고 입원하여 치료받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 수술비를 지급합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 제1항 이외에도 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ④ 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 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), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

111. 新112대특정질병수술비(355고지) 특별약관

新112대특정질병수술비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 新112대특정질병수술비_1(중증7대특정질병수술비, 14대특정질병(Ⅱ)수술비(관혈/비관혈))
2. 新112대특정질병수술비_2(20대특정질병수술비(관혈/비관혈))
3. 新112대특정질병수술비_3(68대생활질환질병수술비)
4. 新112대특정질병수술비_4(후각특정질병수술비)
5. 新112대특정질병수술비_5(백내장수술비)
6. 新112대특정질병수술비_6(치핵수술비)

제1조(“중증7대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중증7대특정질병”이라 함은 【별표 11-1】(중증7대특정질병분류표)에서 정한 1.파킨슨병, 2.다발경화증, 3.뇌성마비, 4.크로이츠펔트-야콥병, 5.조로증, 6.전신홍반루푸스, 7.전신경화증을 말합니다.
- ② 제1항의 “중증7대특정질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“14대특정질병(Ⅱ)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “14대특정질병(Ⅱ)”이라 함은 【별표11-2】(14대특정질병(Ⅱ)분류표)에서 정한 1.당뇨병, 2.심장질환, 3.고혈압, 4.뇌혈관질환, 5.간질환, 6.위궤양 및 십이지장궤양, 7.동맥경화증, 8.만성하부호흡기질환, 9.폐렴, 10.결핵, 11.신부전, 12.대동맥류, 13.기관지·폐의 특정질환, 14.수막의 양성신생물을 말합니다.
- ② 제1항의 “14대특정질병(Ⅱ)”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를

가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(“20대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “20대특정질병”이라 함은 【별표11-3】(20대특정질병분류표)에서 정한 1.수막염, 2.뇌 및 척수의 염증성질환, 3.자율신경계통의 장애, 4.패혈증, 5.급성체장염, 6.체장질환, 7.중증근무력증, 8.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 9.부갑상선질환, 10.뇌하수체질환, 11.뇌전증, 12.안면신경장애, 13.마비, 14.수두증, 15.폐부종, 16.특정호흡기질환, 17.사구체질환, 18.신세뇨관-간질질환, 19.신장 및 요관의 기타장애, 20.녹내장을 말합니다.
- ② 제1항의 “20대특정질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(“68대생활질환질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “68대생활질환질병”이라 함은 【별표11-4】(68대생활질환질병분류표)에서 정한 1.갑상선질환, 2.황반변성, 3.관절염 및 다발경화증, 4.관절증, 5.사지 후천변형, 6.관절장애, 7.전립선질환, 8.남성생식기관의 질환, 9.여성골반내기관의 염증성 질환, 10.여성생식관의 비염증성 질환, 11.담석증, 12.사타구니탈장, 13.편도염, 14.축농증, 15.폐질환, 16.소화계통의 양성신생물, 17.간·담관·체장의 양성신생물, 18.상부호흡계통의 양성신생물, 19.하부호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 20.골 및 관절연골의 양성신생물, 21.조직의 양성신생물, 22.유방의 양성신생물, 23.생식기의 양성신생물, 24.난소의 양성신생물, 25.비뇨기관의 양성신생물, 26.눈의 양성신생물, 27.갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 28.비장질환, 29.손목 터널증후군, 30.단일신경병증, 31.눈 및 눈부속기관의 특정질환, 32.유리체의 장애, 33.시신경 및 시각로의 장애, 34.외이의 질환, 35.중이 및 유도의 질환, 36.귀경화증, 37.내이의 질환, 38.귀의 기타장애, 39.동맥 및 세동맥의 질환, 40.하지의 정맥류, 41.림프절염, 42.급성 상기도감염, 43.인후부위의 특정질환, 44.식도질환, 45.위공장궤양, 46.위십이지장질환, 47.특정부위의 탈장, 48.비감염성장염 및 결장염, 49.특정장질환, 50.복막의 질환, 51.담낭담도질환, 52.통풍, 53.전신결합조직장애, 54.특정 누적외상성질환, 55.척추변형, 56.척추병증, 57.추간판장애, 58.근육장애, 59.윤활막 및 힘줄장애, 60.발바닥근막성 섬유종증, 61.어깨병변, 62.골다공증, 63.뼈의병증, 64.연골병증, 65.방광의 결석, 66.비뇨계통의 기타질환, 67.유방의 장애, 68.난소·난관의 질환을 말합니다.
- ② 제1항의 “68대생활질환질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(“후각특정질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “후각특정질환”이라 함은 【별표11-7】(후각특정질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “후각특정질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(“백내장”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “백내장”이라 함은 【별표11-5】(백내장분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “백내장”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참

조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조(“치핵”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “치핵”이라 함은 【별표11-6】(치핵분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “치핵”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제8조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 제외합니다.
 2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
 3. “신의료수술”이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 “치료적 방사선 조사”를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.

제9조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“중증7대특정질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증7대특정질병 또는 제2조(“14대특정질병(II)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 14대특정질병(II)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비1으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급금액	
			보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비1	중증7대특정질병수술시		이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 200%
	14대특정질병(II)수 술시	관혈 수술	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
		비관 혈 수술	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%

- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(“20대특정질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 20대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비2으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급금액	
			보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비2	20대특정질병수술시	관혈 수술	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
		비관 혈 수술	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%

- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(“68대생활질환질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 68대생활질환질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비3으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비3	68대생활질환질병수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(“후각특정질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 후각특정질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비4으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비4	후각특정질환수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(“백내장”의 정의 및 진단확정)에서 정한 백내장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비5으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비5	백내장수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제7조(“치핵”의 정의 및 진단확정)에서 정한 치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비6으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비6	치핵수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제9조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 新112대특정질병수술비를 지급

하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

- ② 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술로 인한 보험금과 비관혈수술로 인한 보험금을 각각 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

112. 新112대특정질병수술비Ⅱ(355고지) 특별약관

新112대특정질병수술비Ⅱ 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 新112대특정질병수술비Ⅱ_1(중증7대특정질병수술비, 14대특정질병(Ⅱ)수술비)
2. 新112대특정질병수술비Ⅱ_2(20대특정질병수술비)
3. 新112대특정질병수술비Ⅱ_3(68대생활질환질병수술비)
4. 新112대특정질병수술비Ⅱ_4(후각특정질병수술비)
5. 新112대특정질병수술비Ⅱ_5(백내장수술비)
6. 新112대특정질병수술비Ⅱ_6(치핵수술비)

제1조(“중증7대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중증7대특정질병”이라 함은 【별표 11-1】(중증7대특정질병 분류표)에서 정한 1.파킨슨병, 2.다발경화증, 3.뇌성마비, 4.크로이츠펔트-야콥병, 5.조로증, 6.전신홍반루푸스, 7.전신경화증을 말합니다.
- ② 제1항의 “중증7대특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한

국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“14대특정질병(Ⅱ)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “14대특정질병(Ⅱ)”이라 함은 【별표11-2】(14대특정질병(Ⅱ) 분류표)에서 정한 1.당뇨병, 2.심장질환, 3.고혈압, 4.뇌혈관질환, 5.간질환, 6.위궤양 및 십이지장궤양, 7.동맥경화증, 8.만성하부호흡기질환, 9.폐렴, 10.결핵, 11.신부전, 12.대동맥류, 13.기관지·폐의 특정질환, 14.수막의 양성신생물을 말합니다.
- ② 제1항의 “14대특정질병(Ⅱ)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(“20대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “20대특정질병”이라 함은 【별표11-3】(20대특정질병 분류표)에서 정한 1.수막염, 2.뇌 및 척수의 염증성질환, 3.자율신경계통의 장애, 4.패혈증, 5.급성췌장염, 6.췌장질환, 7.중증근무력증, 8.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 9.부갑상선질환, 10.뇌하수체질환, 11.뇌전증, 12.안면신경장애, 13.마비, 14.수두증, 15.폐부종, 16.특정호흡기질환, 17.사구체질환, 18.신세뇨관-간질질환, 19.신장 및 요관의 기타장애, 20.녹내장을 말합니다.
- ② 제1항의 “20대특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(“68대생활질환질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “68대생활질환질병”이라 함은 【별표11-4】(68대생활질환질병분류표)에서 정한 1.갑상선질환, 2.황반변성, 3.관절염 및 다발경화증, 4.관절증, 5.사지후천변형, 6.관절장애, 7.전립선질환, 8.남성생식기관의 질환, 9.여성골반내기관의 염증성 질환, 10.여성생식관의 비염증성 질환, 11.담석증, 12.사타구니탈장, 13.편도염, 14.축농증, 15.폐질환, 16.소화계통의 양성신생물, 17.간·담관·췌장의 양성신생물, 18.상부호흡계통의 양성신생물, 19.하부호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 20.골 및 관절연골의 양성신생물, 21.조직의 양성신생물, 22.유방의 양성신생물, 23.생식기의 양성신생물, 24.난소의 양성신생물, 25.비뇨기관의 양성신생물, 26.눈의 양성신생물, 27.갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 28.비장질환, 29.손목터널증후군, 30.단일신경병증, 31.눈 및 눈부속기관의 특정질환, 32.유리체의 장애, 33.시신경 및 시각로의 장애, 34.외이의 질환, 35.중이 및 유도의 질환, 36.귀경화증, 37.내이의 질환, 38.귀의 기타장애, 39.동맥 및 세동맥의 질환, 40.하지의 정맥류, 41.림프절염, 42.급성 상기도감염, 43.인후부위의 특정질환, 44.식도질환, 45.위공장궤양, 46.위십이지장질환, 47.특정부위의 탈장, 48.비감염성장염 및 결장염, 49.특정장질환, 50.복막의 질환, 51.담낭담도질환, 52.통풍, 53.전신결합조직장애, 54.특정누적외상성질환, 55.척추변형, 56.척추병증, 57.추간판장애, 58.근육장애, 59.윤활막 및 힘줄장애, 60.발바닥근막성 섬유종증, 61.어깨병변, 62.골다공증, 63.뼈의병증, 64.연골병증, 65.방광의 결석, 66.비뇨계통의 기타질환, 67.유방의 장애, 68.난소·난관의 질환을 말합니다.
- ② 제1항의 “68대생활질환질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(“후각특정질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “후각특정질환”이라 함은 【별표11-7】(후각특정질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “후각특정질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(“백내장”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “백내장”이라 함은 【별표11-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “백내장”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조(“치핵”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “치핵”이라 함은 【별표11-6】(치핵 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “치핵”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제8조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

제9조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중증7대특정질병” 또는 “14대특정질병(Ⅱ)”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_1로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_1	중증7대특정질병 수술시	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 200%
	14대특정질병(Ⅱ) 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “20대특정질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_2로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_2	20대특정질병 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “68대생활질환질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_3으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_3	68대생활질환질병 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “후각특정질환”의 치료를 직접적인 목적으로

수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_4로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_4	후각특정질환 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “백내장”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_5로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_5	백내장 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “치핵”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_6로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_6	치핵 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제9조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 新112대특정질병수술비Ⅱ를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조(특약의 소멸)

- 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

113. 암수술비(유사암제외)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을

이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

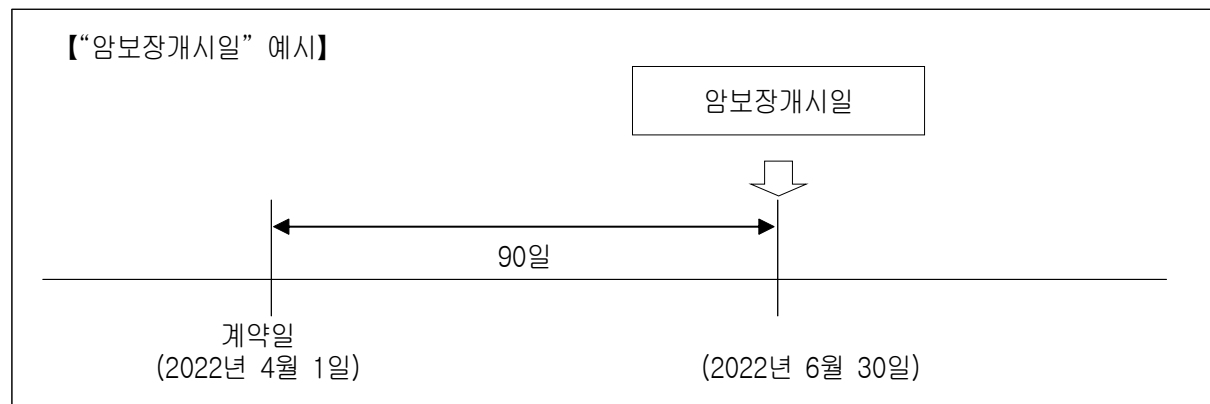
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 “암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암수술비 (유사암제외)	-	수술1회당 이 특약 보험가입금액의 50%	수술1회당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 암수술비는 지급되지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해

약관급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

114. 암수술비(유사암제외)(25%체증형)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 “암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)(25%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
암수술비(유사암제외) (25%체증형)	-	체증형 지급금액의 50%	체증형 지급금액의 100%

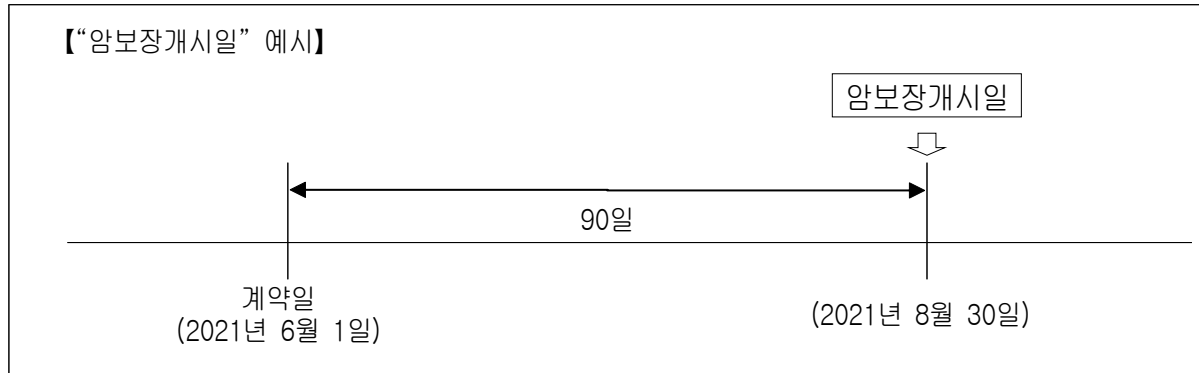
- ② “체증형 지급금액”은 수술회차에 따라 아래와 같이 정합니다.

구분		체증형 지급금액
암수술비(유사암제외) (25%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 125%
	3회차 수술시	보험가입금액의 150%
	4회차 수술시	보험가입금액의 175%
	5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시

일”이라 합니다) 합니다.



- ② “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 암수술비(유사암제외)는 지급되지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

115. 유사암수술비(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “유사암”으로 진단확정되고 그 “유사암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
유사암수술비	수술1회당 이 특약 보험가입금액의 50%	수술1회당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 유사암수술비는 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

116. 유사암수술비(25%체증형)(355고지) 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【의료기술평가위원회】

의료법 제54조(의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “유사암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 유사암수술비(25%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
유사암수술비 (25%체증형)	체증형 지급금액의 50%	체증형 지급금액의 100%

- ② “체증형 지급금액”은 수술회차에 따라 아래와 같이 정합니다.

구분		체증형 지급금액
유사암수술비 (25%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 125%
	3회차 수술시	보험가입금액의 150%
	4회차 수술시	보험가입금액의 175%
	5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 유사암수술비는 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

117. 암수술비(유사암제외, 1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with

malignant potential)”는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

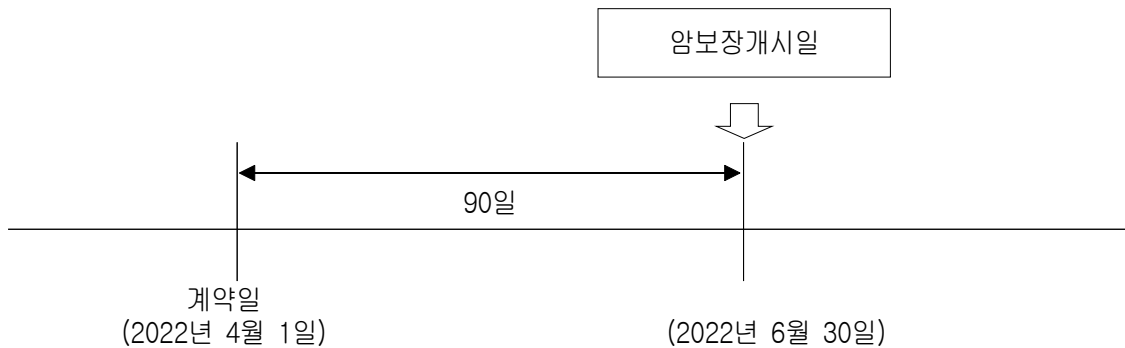
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 “암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외,1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암수술비 (유사암제외,1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 암수술비(유사암제외, 1회한)는 지급되지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “암수술비(유사암제외, 1회한)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터

그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

118. 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“급여 림프부종수술”의 정의)

- ① 이 특약에서 “급여 림프부종수술”이라 함은 병원의 의사에 의하여 암 또는 암의 직접적인 치료로 인한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 【별표114】(급여 림프부종수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 림프부종수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 림프부종수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 림프부종수술 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표114】(급여 림프부종수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 림프부종수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

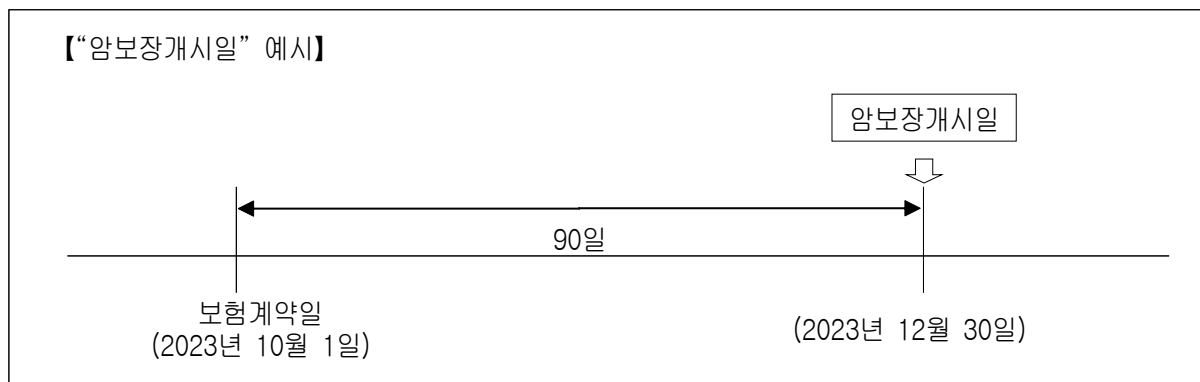
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 림프부종수술”을 받았을 경우에 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급여 림프부종수술”	암	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	이 특약 보험가입금액의 50%		이 특약 보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

119. 암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“급여 피부재건수술”의 정의)

- ① 이 특약에서 “급여 피부재건수술”이라 함은 병원의 의사에 의하여 암 또는 암의 직접적인 치료로 인한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 【별표115】(급여 피부재건수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 피부재건수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 피부재건수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 피부재건수술 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표115】(급여 피부재건수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 피부재건수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

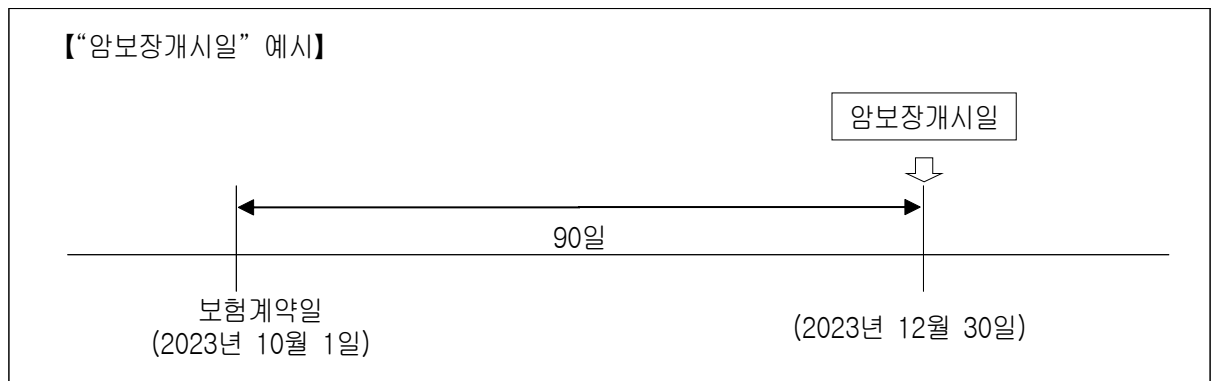
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 피부재건수술”을 받았을 경우에 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급여 피부재건수술”	암	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	이 특약 보험가입금액의 50%		이 특약 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로

로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

120. 항암방사선치료비(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의

한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

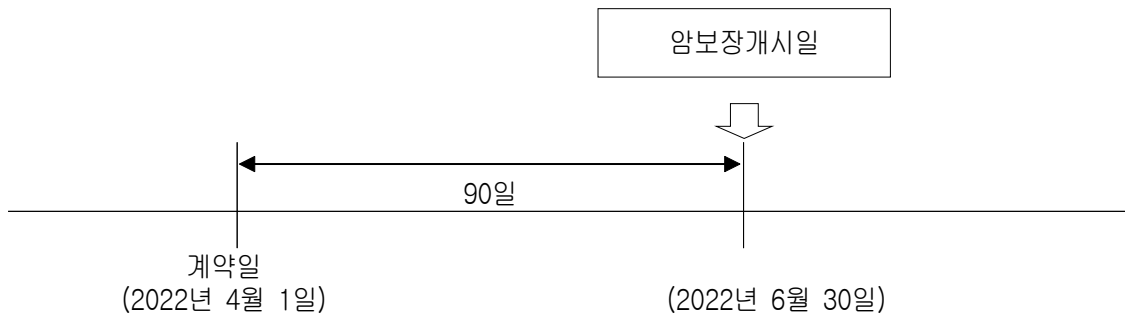
구분		지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
항암 방사선 치료비	암 (단, 최초1회에 한하여 지급)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	기타피부암, 갑상선암 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	이 특약 보험가입금액의 10%		이 특약 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암방사선치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 기타피부암항암방사선치료비 또는 갑상선암항암방사선치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선치료비를 지급받은 이후에 “암”으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 암항암방사선치료비를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “항암방사선치료비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

121. 항암약물치료비(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

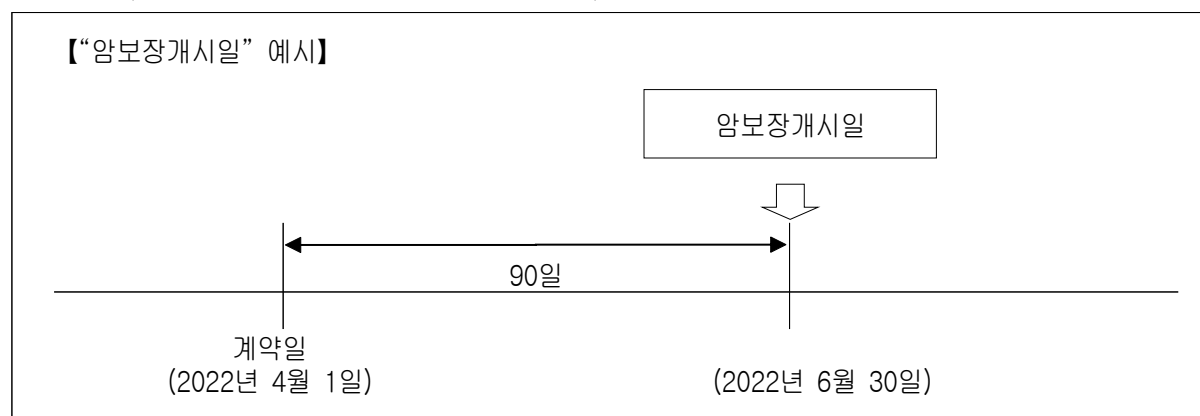
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
항암 약물 치료비	암 (단, 최초1회에 한하여 지급)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	기타피부암, 갑상선암 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	이 특약 보험가입금액의 10%		이 특약 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암약물치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암약물치료를 받은 경우에는 기타피부암항암약물치료비 또는 갑상선암항암약물치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암약물치료비를 지급받은 이후에 “암”으로 항암약물치료를 받은 경우에는 암항암약물치료비를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
 ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “항암약물치료비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

122. 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“급여 항암방사선치료” 및 “급여 항암약물치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “급여 항암방사선치료”라 함은 【별표31】 (급여 항암방사선치료 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 항암방사선치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표31】 (급여 항암방사선치료 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.
- ④ 제1항의 항암방사선치료라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 “암”을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “급여 항암약물치료”라 함은 “급여 항암약물”을 투여하는 것을 말합니다.

- ⑥ 제5항의 “급여 항암약물”이라 함은 【별표32】(급여 항암약물 분류표)에서 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 항암약물 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 항암약물 인정기준”을 따릅니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표32】(급여 항암약물 분류표)에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.
- ⑨ 제5항의 항암약물치료라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

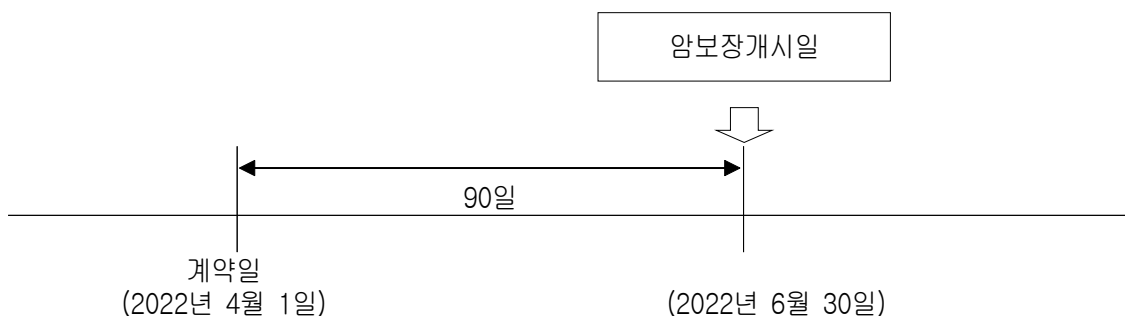
구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 1년이상
계속받는항암방사선약물치료비 (급여,연간1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

123. 항암방사선치료후9대합병증진단비(355고지) 특별약관

항암방사선치료후9대합병증진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 항암방사선치료후4대경증합병증진단비
2. 항암방사선치료후5대중증합병증진단비

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“항암방사선치료후 4대경증 합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”이라 함은 【별표116】(항암방사선치료후4대경증합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(“항암방사선치료후 5대중증 합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”이라 함은 【별표117】(항암방사선치료후5대중증합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후4대경증합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

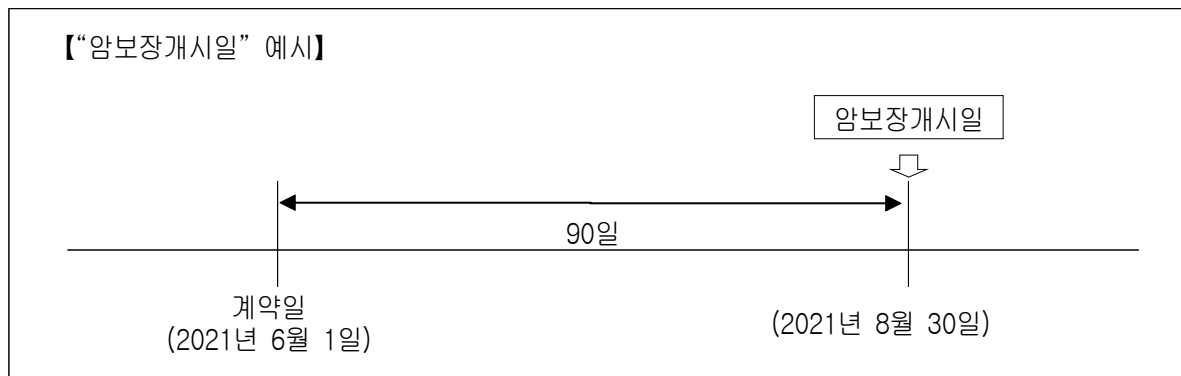
구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선 치료후 4대경증 합병증 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%
	기타피부 암 갑상선암	보험가입금액의 5%		보험가입금액의 10%

- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 날부터 “항암방사선치료후 5대중증 합병증” 중 1년 이내에 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염으로 진단 확정되거나, 90일 이내에 폐렴, 뇌부종으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후5대중증 합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선 치료후 5대중증 합병증 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	기타피부 암 갑상선암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.



- ② 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 보험기간이 종료 되더라도 그 항암방사선치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선치료후 4대경증

합병증”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료를 받은 날부터 1년(다만, “항암방사선치료후 5대중증 합병증” 중 폐렴 또는 뇌부종의 경우에는 90일)이내 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 또는 “보장개시일” 이후에 “항암방사선치료후 4대경증 합병증” 또는 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 제4항의 진단확정일이 항암방사선치료를 받은 날부터 1년(다만, “항암방사선치료후 5대중증 합병증” 중 폐렴 또는 뇌부종의 경우에는 90일)을 초과하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료후4대경증합병증진단비, 항암방사선치료후5대중증합병증진단비에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “항암방사선치료후 4대경증 합병증” 또는 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

124. 항암방사선약물치료후5대질병진단비(355고지) 특별약관

항암방사선약물치료후5대질병진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 항암방사선약물치료후2대질병진단비
2. 항암방사선약물치료후3대질병진단비

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암방사선약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선약물치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다) 또는 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아프니지, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“항암방사선약물치료후 2대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선약물치료후 2대질병”이라 함은 【별표118】(항암방사선약물치료후 2대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선약물치료후 2대질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선약물치료후 2대질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(“항암방사선약물치료후 3대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선약물치료후 3대질병”이라 함은 【별표119】(항암방사선약물치료후 3대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선약물치료후 3대질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자

에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선약물치료후 3대질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 2대질병”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료후2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선 약물치료후 2대질병 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	기타피부 암 갑상선암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

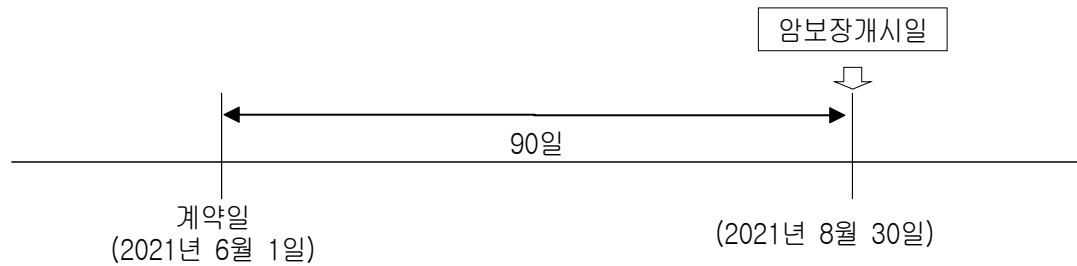
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 3대질병”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료후3대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선 약물치료후 3대질병 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%
	기타피부 암 갑상선암	보험가입금액의 25%		보험가입금액의 50%

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 2대질병”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 3대질병”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 또는 “보장개시일” 이후에 “항암방사선약물치료후 2대질병” 또는 “항암방사선약물치료후 3대질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 제4항의 진단확정일이 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년을 초과하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선약물치료후2대질병진단비, 항암방사선약물치료후3대질병진단비에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “항암방사선약물치료후 2대질병” 또는 “항암방사선약물치료후 3대질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

125. 뇌혈관질환수술비 II (355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 뇌혈관질환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌혈관질환수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 뇌혈관질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

126. 뇌졸중수술비 II (355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에만 하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 뇌졸중수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 뇌졸중수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌졸중수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 뇌졸중수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따른

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

127. 뇌출혈수술비 II (355고지) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 뇌출혈수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 뇌출혈수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌출혈수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 뇌출혈수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

128. 허혈성심장질환수술비 II (355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 허혈성심장질환수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 허혈성심장질환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 허혈성심장질환수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 허혈성심장질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하

지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

129. 급성심근경색증수술비 II (355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 급성심근경색증수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 급성심근경색증수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 급성심근경색증수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 급성심근경색증수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

130. 심뇌혈관질환수술비 II (355고지) 특별약관

제1조(“심뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “심뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 “뇌혈관질환” 및 【별표20】(심장관련질병 분류표)에서 정한 “심장관련질병”을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ “심장관련질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 심장관련질병 중 “허혈성심장질환” 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “심뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 심뇌혈관질환수술비 II로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심뇌혈관질환수술비 II	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 심뇌혈관질환수술비 II는 같은 질병으로 두 종류 이상의 심뇌혈관질환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 심뇌혈관질환수술비 II만 지급합니다. 다만, 심뇌혈관질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

131. 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비 II (25%체증형)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환및허혈성심장 질환수술비Ⅱ(25%체증 형)	체증형 지급금액의 5%	체증형 지급금액의 50%	체증형 지급금액의 100%

- ② “체증형 지급금액”은 수술회차에 따라 아래와 같이 정합니다.

구분		체증형 지급금액
뇌혈관질환및허혈성심장질환수술 비Ⅱ (25%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 125%
	3회차 수술시	보험가입금액의 150%
	4회차 수술시	보험가입금액의 175%
	5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

132. 3대질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따

라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

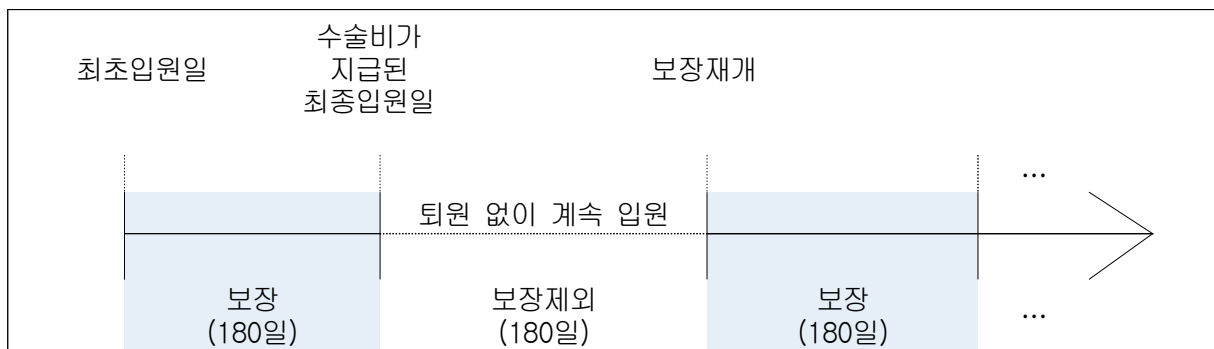
제7조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 수술한 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 3대질병입원치료수술비(종합병원)(이하 “수술비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술비의 지급일수는 1회 수술동반입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
3대질병입원치료수술비 (종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50% × 입원일수	이 특약의 보험가입금액 × 입원일수

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

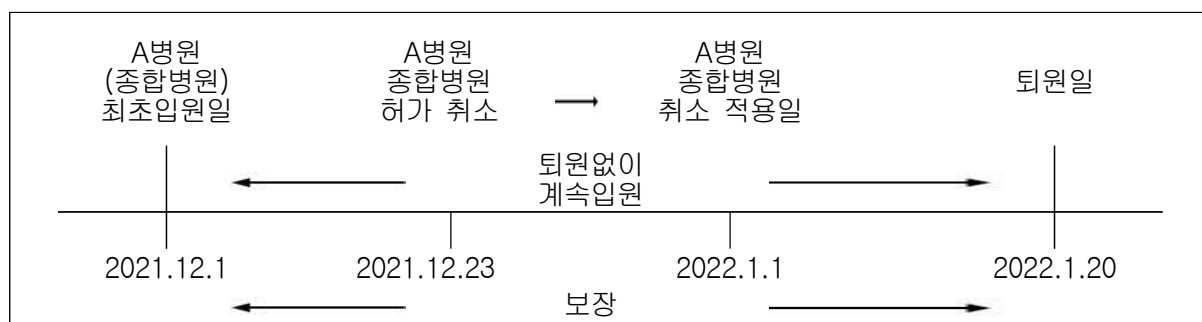
- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 수술비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적

으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술하고 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 수술비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 수술비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원하여 수술한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술하고 입원하여 치료받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날 까지 수술비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 수술비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

133. 충수염(맹장)수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“충수염”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서“충수염”이라 함은 【별표24】(충수염 분류표)에서 정한 충수의 질환을 말합니다.
- ② “충수염”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “충수염”의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에서 수술을 받은 경우에 회사는 최초 수술 1회에 한하여 아래의 보험가입금액을 충수염(맹장)수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
충수염(맹장)수술비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“충수염”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “충수염”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장)수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

134. 간질환수술비(355고지) 특별약관

제1조(“간질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “간질환”이라 함은 【별표46】(간질

환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “간질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “간질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 간질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
간질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 간질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 간질 환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 간질환수술비만 지급합니다. 다만, 간질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

135. 안과질환수술비(355고지) 특별약관

제1조(“안과질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “안과질환”이라 함은 【별표47】(안과질환 분류표)에서 정한 안과질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “안과질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참

조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “안과질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 안과질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
안과질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아

닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력 개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 안과질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 안과질환수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제2조(“수술”의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

136. 호흡기질환수술비(355고지) 특별약관

제1조(“호흡기질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “호흡기질환”이라 함은 【별표48】(호흡기질환 분류표)에서 정한 호흡기질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “호흡기질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “호흡기질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 호흡기질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
호흡기질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 호흡기질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 호흡기질환수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

137. 이비인후과질환수술비(355고지) 특별약관

제1조(“이비인후과질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “이비인후과질환”이라 함은 【별표49】(이비인후과질환 분류표)에서 정한 이비인후과질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “이비인후과질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “이비인후과질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 이비인후과질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
이비인후과질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아

닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력 개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 이비인후과질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 이비인후과질환수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

138. 척추질환수술비(관혈/비관혈)(355고지) 특별약관

제1조(“척추질환”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “척추질환”이라 함은 【별표50】(척추질환분류표)에 정한 척추질환을 말합니다.
- ② 제1항의 “척추질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
 1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보

면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.

2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
3. “신의료수술”이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “척추질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 수술1회당 아래의 보험가입금액을 척추질병수술비(관혈/비관혈)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“관혈수술”	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%
“비관혈수술”	이 특약 보험가입금액의 10%	이 특약 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술로 인한 보험금과 비관혈수술로 인한 보험금을 각각 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

139. 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“6대기관 양성종양(폴립포함)”, “급여 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “6대기관 양성종양(폴립포함)”이라 함은 【별표85】(6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “6대기관 양성종양(폴립포함)”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “6대기관 양성종양(폴립포함)”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ④ 이 특약에서 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”이라 함은 【별표86】(급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”을 따릅니다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표86】(급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “6대기관 양성종양(폴립포함)”의 치료를 직접적인 목적으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
6대기관 양성종양(폴립포함) 수술비 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

140. 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조("뇌정위적방사선술"의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 '특약'이라 합니다)에 있어서 "뇌정위적방사선술"이라 함은 【별표87】(뇌정위적방사선술 분류표)에서 정한 뇌정위적방사선술 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, "뇌정위

적방사선술"을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “뇌정위적방사선술”을 받은 경우에 회사는 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “뇌정위적방사선술”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
뇌정위적방사선술보장 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “뇌정위적방사선술”을 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법

규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

141. 심장부정맥고주파, 냉각절제술보장(급여, 연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“심장부정맥고주파·냉각절제술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장부정맥고주파·냉각절제술”이라 함은 【별표88】(심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표)에서 정한 심장부정맥고주파·냉각절제술 대상 “수가코드”에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 “수가코드”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 경우에 회사는 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가

입금액을 심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 부위 및 횡수와 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
심장부정맥고주파,냉각절제술보 장 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

142. 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“관상동맥성형술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “관상동맥성형술”이라 함은 【별표 89】(관상동맥성형술 분류표)에서 정한 관상동맥성형술 대상 “수가코드”에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, “관상동맥성형술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.

【관상동맥】

대동맥이 시작되는 부위에서 나와 심장을 둘러싸고 있으며 심장에 혈액을 공급하는 동맥혈관

- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 “수가코드”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “관상동맥성형술”을 받은 경우에 회사는 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “관상동맥성형술”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
관상동맥성형술보장 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “관상동맥성형술”을 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

143. 조혈모세포이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)등에서 장기수혜자로서 조혈모세포이식을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 조혈모세포이식수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
조혈모세포이식수술비 (최초1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 “조혈모세포이식”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성 종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모 세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수 이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모 세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모 세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
 1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
 2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
 3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
 4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
 5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모 세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

144. 암주요치료비(특정유사암제외, 감액없음) (진단후5년, 연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암(특정유사암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암(특정유사암제외)”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 “특정유사암”을 제외한 질병을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑥ “암(특정유사암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암(특정유사암제외)”을 제거하거나 “암(특정유사암제외)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(특정유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암(특정유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암(특정유사암제외)”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암주요치료비(특정유사암제외, 감액없음)(진단후5년, 연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
암주요치료비 (특정유사암제외, 감액없음) (진단후5년, 연간1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 100%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “암(특정유사암제외)” (최초 진단과 상이한 “암(특정유사암제외)”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암제외)”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “암(특정유사암제외)”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ⑤ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “암(특정유사암제외)”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따

라 계속 보장합니다.

【암주요치료비(특정유사암제외)(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 위암(C16) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 식도암(C15) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

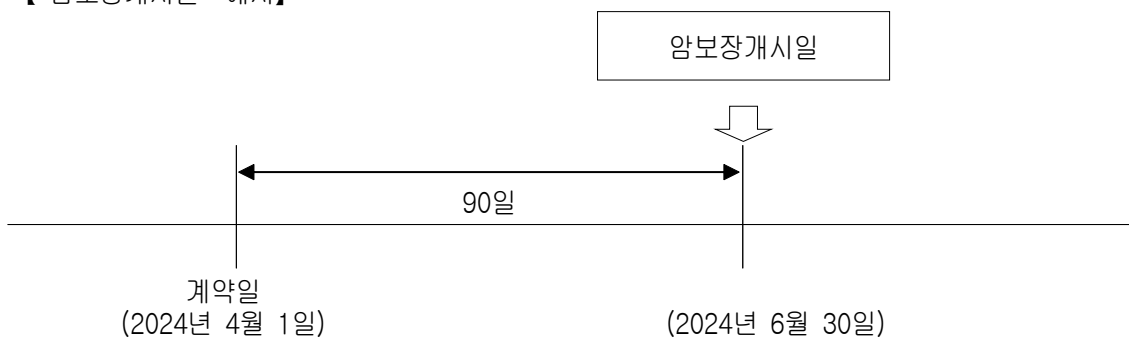
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
위암수술 1회	-	식도암진단후 식도암수술 2회	-	-
위암 항암약물치료 2회	-	위암 항암약물치료 1회	위암 항암약물치료 2회	식도암 항암방사선치 료 1회
↓	↓	↓	↓	↓
1회 지급	-	1회 지급	1회 지급	1회 지급
2062.5.4. 위암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 식도암(C16)을 최초 진단받더라도 ‘보험금 지급기간’은 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("암(특정 유사암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정유사암제외)"에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제8조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암(특정유사암제외)”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘해약환급금미지급형’을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

145. 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “특정유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으

로 합니다.

- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “특정유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “특정유사암”을 제거하거나 “특정유사암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 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 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
특정유사암주요치료비 (감액없음) (진단후5년,연간1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 100%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “특정유사암”(최초 진단과 상이한 “특정유사암”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “특정유사암”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “특정유사암”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ⑤ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “특정유사암”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따라 계속

보장합니다.

【특정유사암주요치료비(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 갑상선암(C73) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

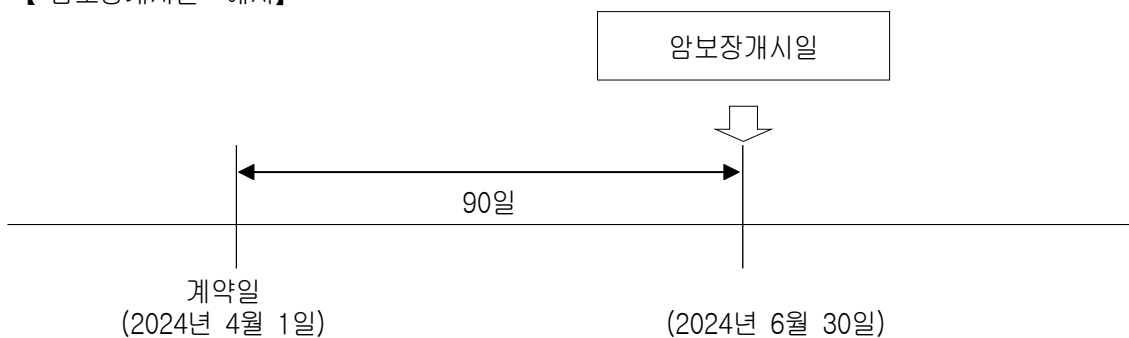
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
갑상선암수술 1회	-	기타피부암 진단후 기타피부암수 술 2회	-	-
갑상선암 항암약물치료 2회	-	갑상선암 항암약물치료 1회	갑상선암 항암약물치료 2회	기타피부암 항암방사선치 료 1회
↓	↓	↓	↓	↓
1회 지급	-	1회 지급	1회 지급	1회 지급
2062.5.4. 갑상선암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정유사암"에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제8조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “특정유사암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘해약환급금미지급형’을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

146. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “특정유사암”은 제외합니다.
- ③ 이 특약에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암(특정유사암포함)”을 제거하거나 “암(특정유사암포함)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암(특정유사암포함)”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제6조(“연간 암주요치료비 총액” 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2조(“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용(이하 “암주요치료비”라 합니다) 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 “급여의료비 본인부담금”이라 합니다)과 비급여 금액(이하 “비급여의료비 본인부담금”이라 합니다)의 연간 합계액을 말합니다.

【급여】

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

【비급여】

국민건강보험법 또는 의료급여법이 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “암주요치료비”는 제5조(“종합병원”의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한하며 아래 각 호의 치료비를 말합니다.
1. 암수술 주요치료비는 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.
 2. 항암약물치료 주요치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.
 3. 항암방사선치료 주요치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【진료비 세부 내역서】

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료로 인해 호스피스·완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스·완화의료(정액수가)를 제1항의 “암주요치료비”에 포함합니다.
- ④ 제1항의 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”에서 다음 각 호의 의료비 감면 사유로 인하여 실제 본인부담금액이 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”보다 작은 경우, “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금” 발생액을 기준으로 합니다. 다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 명확하게 알 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 합니다.
 - 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 - 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 - 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 - 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ⑤ 제1항의 “급여의료비 본인부담금”은 다음 각 호의 사항에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 - 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
- ⑥ 이 특약에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2항에서 정한 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 “암주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “종합병원”에서 “암 주요치료”를 받아 “연간 암주요치료비 총액”이 1천만원 이상인 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

연간 암주요치료비 총액	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
1천만원 이상 2천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 100%로 보험금 지급기간 동안 적용
2천만원 이상 3천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 200%로 보험금 지급기간 동안 적용
3천만원 이상 4천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 300%로 보험금 지급기간 동안 적용
4천만원 이상 5천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 400%로 보험금 지급기간 동안 적용
5천만원 이상 6천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 500%로 보험금 지급기간 동안 적용
6천만원 이상 7천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 600%로 보험금 지급기간 동안 적용
7천만원 이상 8천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 700%로 보험금 지급기간 동안 적용
8천만원 이상 9천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 800%로 보험금 지급기간 동안 적용
9천만원 이상 1억원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 900%로 보험금 지급기간 동안 적용
1억원 이상인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 1000%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “암(특정유사암포함)” (최초 진단과 상이한 “암(특정유사암포함)”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “암(특정유사암포함)”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

【종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
위암수술비 4,000만원	-	기타피부암 진단후 기타피부암수 술비 500만원	-	-
위암 항암약물치료 비 1,300만원	-	위암 항암약물치료 비 2,000만원	위암 항암약물치료 비 1,800만원	기타피부암 항암방사선치 료비 900만원
2062.5.4. 위암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

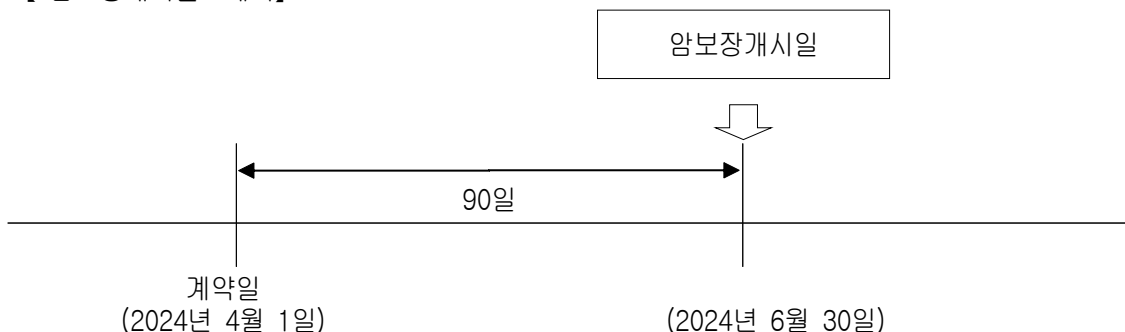
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
연간 암주요치료비 총액 5,300만원	연간 암주요치료비 총액 0원	연간 암주요치료비 총액 2,500만원	연간 암주요치료비 총액 1,800만원	연간 암주요치료비 총액 900만원
보험금 5,000만원지급	보험금 미지급	보험금 2,000만원지급	보험금 1,000만원지급	보험금 미지급

- ※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.
- ※ 종합병원 이외의 병원이나 의원에서 치료받은 경우에는 연간 암주요치료비 총액 계산시 합산하지 않습니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정유사암포함)"에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제10조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제14조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘해약환급금미지급형’을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

147. 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “특정유사암”은 제외합니다.
- ③ 이 특약에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.

- ④ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암(특정유사암포함)”을 제거하거나 “암(특정유사암포함)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암(특정유사암포함)”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의

관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제6조(“연간 암주요치료비 총액” 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2조(“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용(이하 “암주요치료비”라 합니다) 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 “급여의료비 본인부담금”이라 합니다)과 비급여 금액(이하 “비급여의료비 본인부담금”이라 합니다)의 연간 합계액을 말합니다.

【급여】

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

【비급여】

국민건강보험법 또는 의료급여법이 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “암주요치료비”는 제5조(“종합병원”의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한하며 아래 각 호의 치료비를 말합니다.
1. 암수술 주요치료비는 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.
 2. 항암약물치료 주요치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.
 3. 항암방사선치료 주요치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【진료비 세부 내역서】

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료로 인해 호스피스·완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스·완화의료(정액수가)를 제1항의 “암주요치료비”에 포함합니다.
- ④ 제1항의 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”에서 다음 각 호의 의료비 감면 사유로 인하여 실제 본인부담금액이 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”보다 작은 경우, “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금” 발생액을 기준으로 합니다. 다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 명확하게 알 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 합니다.
 - 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 - 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 - 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 - 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ⑤ 제1항의 “급여의료비 본인부담금”은 다음 각 호의 사항에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 - 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
- ⑥ 이 특약에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2항에서 정한 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 “암주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “종합병원”에서 “암 주요치료”를 받아 “연간 암주요치료비 총액”이 2천만원 이상인 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

연간 암주요치료비 총액	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
2천만원 이상 3천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 200%로 보험금 지급기간 동안 적용
3천만원 이상 4천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 300%로 보험금 지급기간 동안 적용
4천만원 이상 5천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 400%로 보험금 지급기간 동안 적용
5천만원 이상 6천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 500%로 보험금 지급기간 동안 적용
6천만원 이상 7천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 600%로 보험금 지급기간 동안 적용
7천만원 이상 8천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 700%로 보험금 지급기간 동안 적용
8천만원 이상 9천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 800%로 보험금 지급기간 동안 적용
9천만원 이상 1억원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 900%로 보험금 지급기간 동안 적용
1억원 이상인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 1000%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “암(특정유사암포함)” (최초 진단과 상이한 “암(특정유사암포함)”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “암(특정유사암포함)”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

【종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
위암수술비 4,000만원	-	기타피부암 진단후 기타피부암수 술비 500만원	-	-
위암 항암약물치료 비 1,300만원	-	위암 항암약물치료 비 2,000만원	위암 항암약물치료 비 1,800만원	기타피부암 항암방사선치 료비 900만원
2062.5.4. 위암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

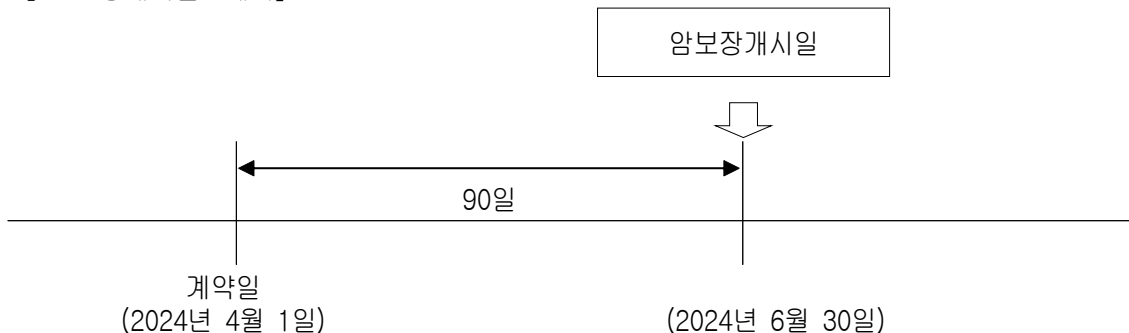
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
연간 암주요치료비 총액 5,300만원	연간 암주요치료비 총액 0원	연간 암주요치료비 총액 2,500만원	연간 암주요치료비 총액 1,800만원	연간 암주요치료비 총액 900만원
보험금 5,000만원지급	보험금 미지급	보험금 2,000만원지급	보험금 미지급	보험금 미지급

- ※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 ‘보
험금 지급기간’은 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.
※ 종합병원 이외의 병원이나 의원에서 치료받은 경우에는 연간 암주요치료비 총액 계산시 합산하
지 않습니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("암(특정
유사암포함)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정유사암포함)"에 대한 회사의
보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하
"암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제10조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제14조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 1종 내지 6종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

148. 요실금수술비(급여,연간1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관

제1조(“요실금”, “급여 요실금수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “요실금”이라 함은 【별표29】 (요실금 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “요실금”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에서 “급여 요실금수술”이라 함은 「요실금수술 대상 수가코드」 【별표30】 (급여 요실금수술 분류표)에 해당하는 수술을 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정예 따라 「요실금수술 대상 수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 「요실금수술 대상 수가코드」를 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切

斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “요실금”의 치료를 직접적인 목적으로 “급여 요실금수술”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 요실금수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상	
요실금수술비 (급여, 연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 요실금수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

149. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암양성자방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것(이하 “항암양성자방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

【양성자 치료】

양성자 치료는 방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

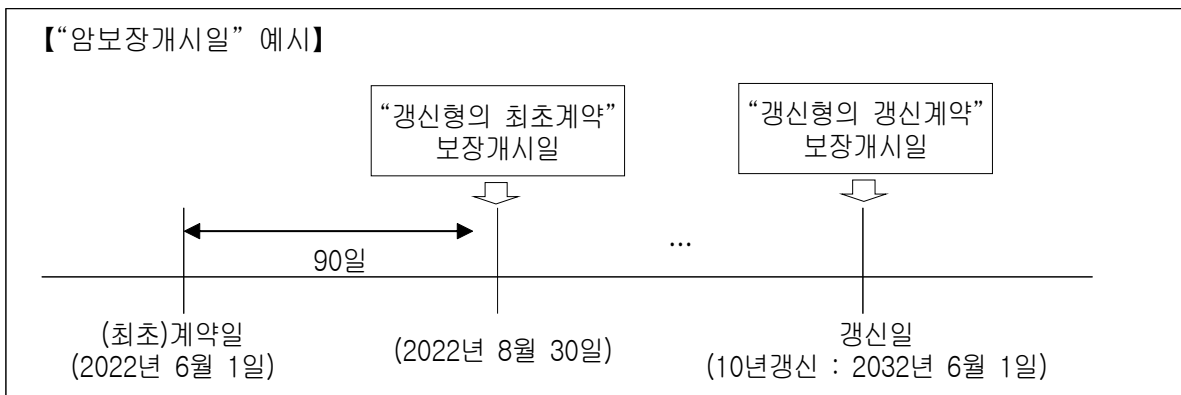
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액			
		최초계약			
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
항암 양성자 방사선 치료비 (최초 1회한)	“암”	-	이 특약 보험가입금액의 25%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 특약 보험가입금액의 25%		이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.
- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

150. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관

표적항암약물허가치료비 II (최초1회한)(갱신형) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한) (7대특정암)
2. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한) (림프종 및 백혈병관련암 II)
3. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한) (7대특정암, 림프종 및 백혈병관련암 II 제외)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “7대특정암”이라 함은 【별표101】 (7대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “림프종 및 백혈병 관련암 II”이라 함은 【별표98】 (림프종 및 백혈병 관련암 II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외)”이라 함은 제1항에서 정한 “암”에서 제2항의 “기타피부암”, 제3항의 “갑상선암”, 제4항의 “7대특정암” 및 제5항의 “림프종 및 백혈병 관련암 II”를 제외한 【별표103】 (암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)”, “7대특정암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)”, “7대특정암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정예에 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】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표18】**(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “7

대특정암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건 의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법 용량포함)

④ 식품의약품 안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “표적항암제”이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “7대특정암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비Ⅱ으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비Ⅱ	7대특정암	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비Ⅱ으로 보험수익자에게 지급합니다.

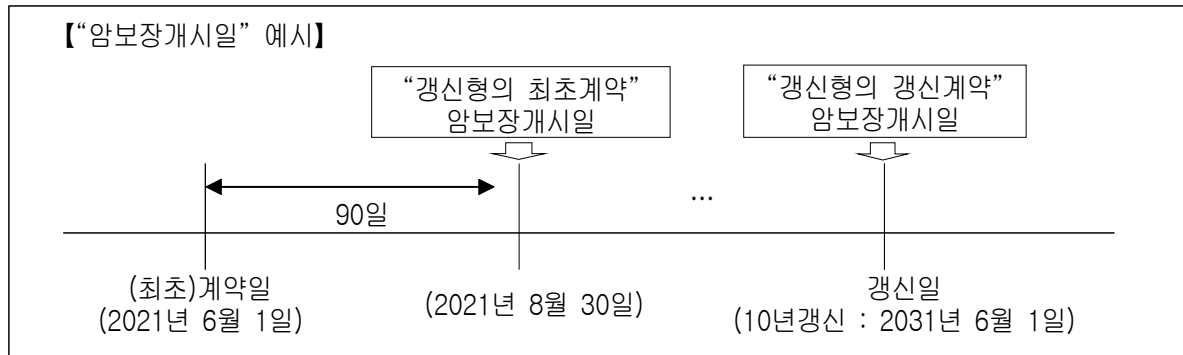
구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비Ⅱ	림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액 의 100%

- ③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비Ⅱ으로 보험수익자에게 지급합니다.

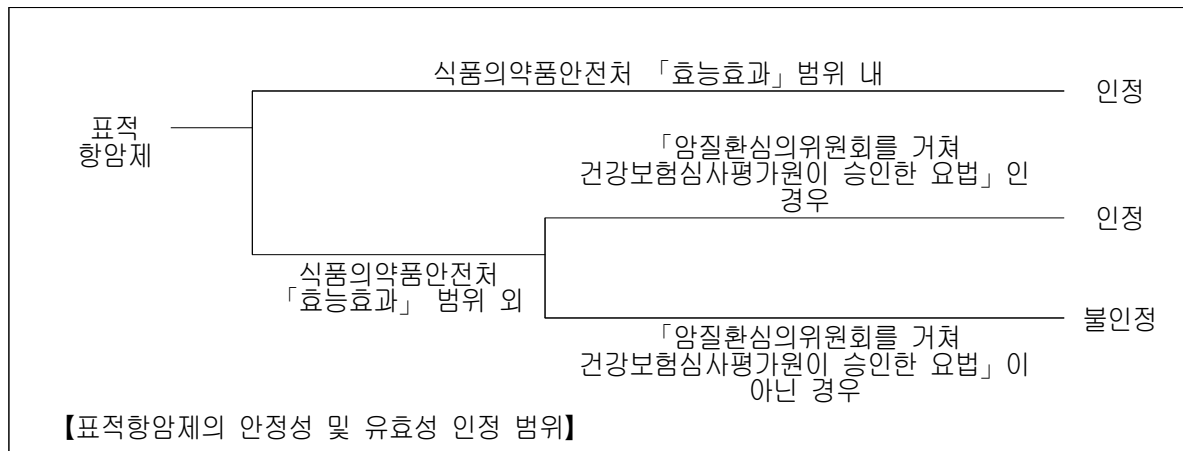
구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비Ⅱ	암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액 의 100%
	기타피부암 갑상선암	보험가입금액의 25%		보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액 의 100%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 단, 제10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】

■ 의약품 품목허가

- 분류번호 : 421(항악성종양제)
- 효능효과 : 유방암의 치료

보장제



■ 효능효과 추가 허가

- 효능효과 : 유방암, 위암의 치료

보장



2021년 1월 1일

2021년 7월 1일(처방일)
위암진단 및 위암의
치료목적으로 1차
표적항암제 처방·투약
→ 표적항암약물허가치료
미해당

2022년 1월 1일

2022년 4월 1일(처방일)
위암의 치료목적으로
2차 표적항암제
처방·투약
→ 표적항암약물허가치료
해당

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】

■ 의약품 품목허가

- 분류번호 : 421(항악성종양제)
- 효능효과 : 유방암, 위암의 치료

■ 효능효과 허가 취소

- 효능효과 : 유방암의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제



2021년 1월 1일

2022년 1월 1일

2022년 4월 1일(처방일)
위암진단 및 위암의
치료목적으로 1차 표적항암제
처방·투약
→ 표적항암약물허가치료
미해당

- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

- 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비Ⅱ(7대특정암), 표적항암약물허가치료비Ⅱ(림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ), 표적항암약물허가치료비Ⅱ(7대특정암,림프종및백혈병관련암Ⅱ제외)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

151. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“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, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【세기조절방사선치료법】

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 중앙 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

【입자방사선치료】

전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자 방사선치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

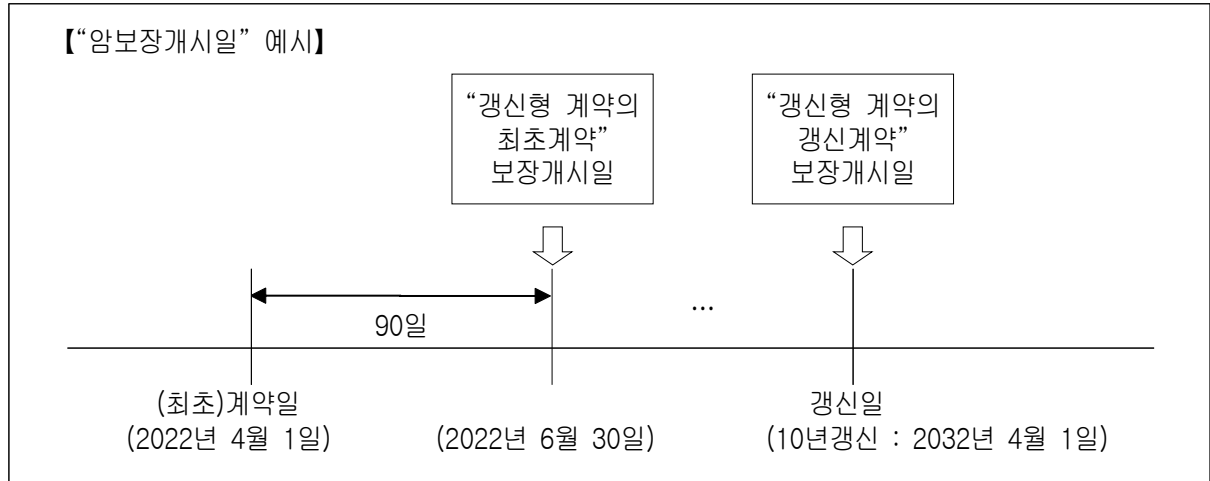
구분		지급금액			
		최초계약			
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
표적항암 방사선치료비 (항암세기 조절방사선) (최초1회한)	“암”	-	이 특약 보험가입금액의 25%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 특약 보험가입금액의 25%		이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제6조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

③ “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.



제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일로부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

152. 계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형) 특별약관

계속받는표적항암약물허가치료비 특별약관은 다음 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
2. 표적항암약물허가치료비(연간1회한)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예 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】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는 데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표18】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 “암보장개시일” 이후 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 계속받는표적항암약물허가치료비(이하 “표적항암약물허가치료비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

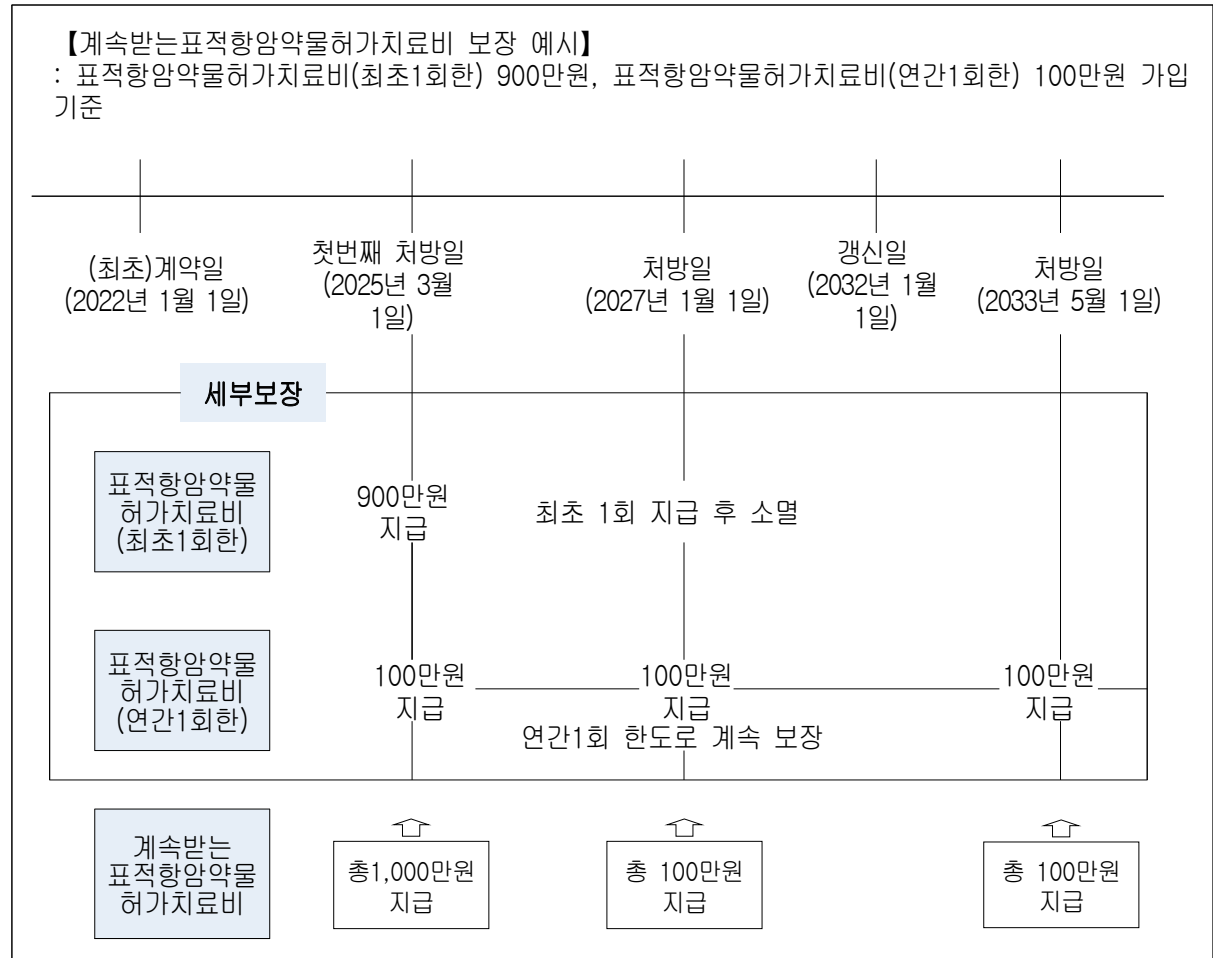
【 표적항암약물허가치료비(최초1회한) 】

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 (최초1회한)	“암”	-	이 보장 보험가입금액 의 25%	이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액

【 표적항암약물허가치료비(연간1회한) 】

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 (연간1회한)	“암”	-	이 보장 보험가입금액 의 25%	이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액

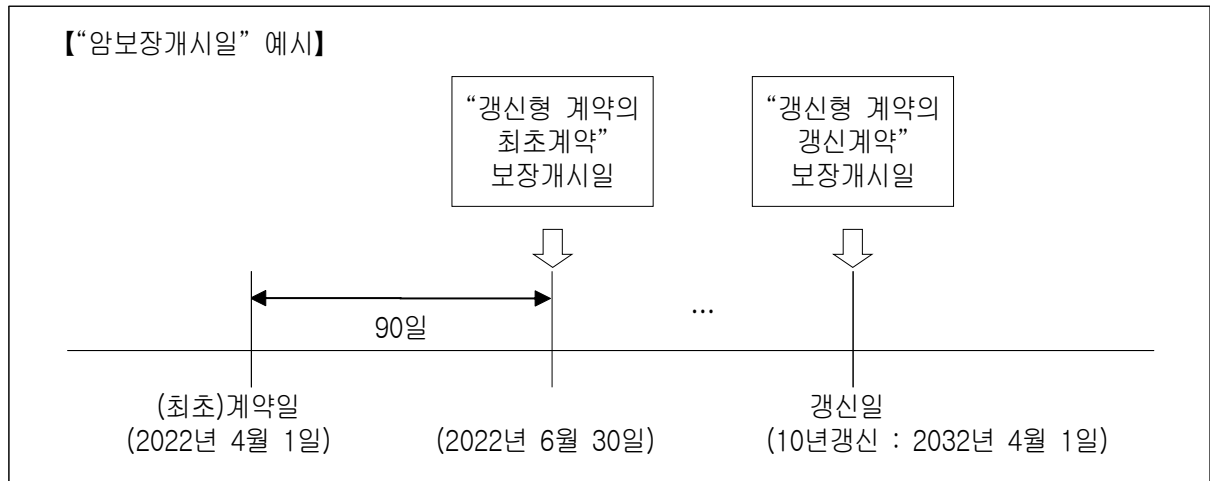
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 처방 되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.



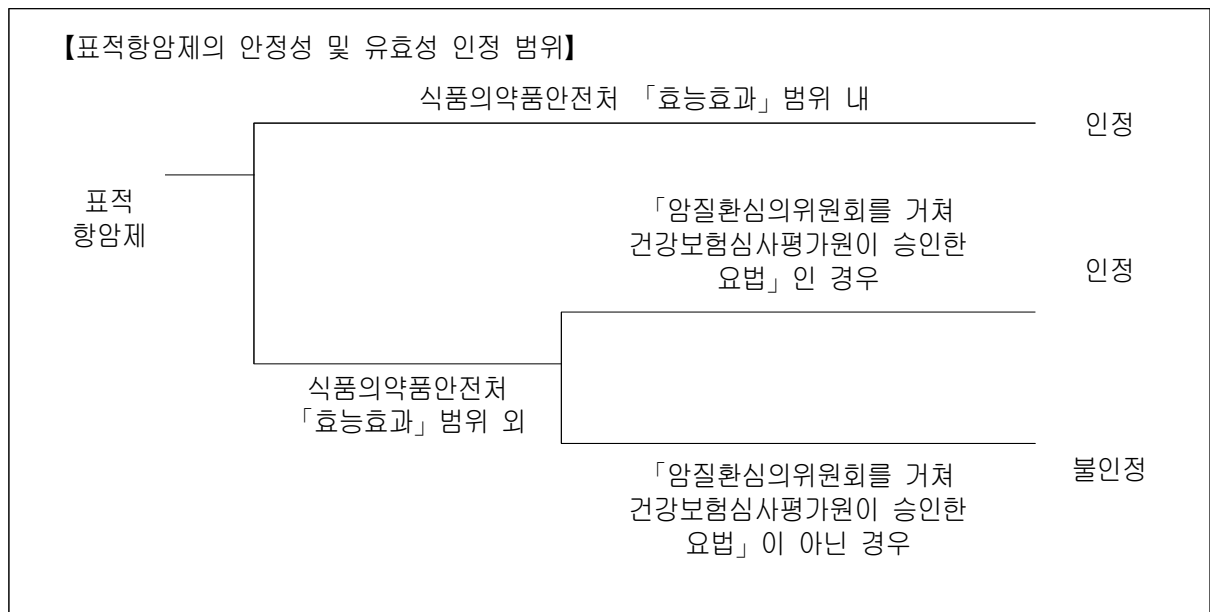
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회

사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 계속받는표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의 위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ④ 제4조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】

■ 의약품 품목허가

-분류번호 :
421(항악성종양제)
-효능효과 :
유방암의 치료

보장제외



■ 효능효과 추가허가

-효능효과 :
유방암, 위암의 치료

보장



2022년 1월 1일

2022년 7월 1일
(처방일)
위암진단 및 **위암**의
치료목적으로 1차
표적항암제 처방·투약
→표적항암약물허가치
료 **미해당**

2023년 1월 1일

2023년 4월 1일
(처방일)
위암의 치료목적으로
2차 표적항암제
처방·투약
→표적항암약물허가
치료 **해당**

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】

■ 의약품 품목허가

-분류번호 :
421(항악성종양제)
-효능효과 :
유방암, 위암의 치료

■ 효능효과 허가 취소

-효능효과 : **유방암**의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제외



2022년 1월 1일

2023년 1월 1일

2023년 4월 1일
(처방일)
위암진단 및 **위암**의
치료목적으로 1차 표적항암제
처방·투약
→표적항암약물허가 치료
미해당

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)

- 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환
심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
- 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방
전 및 약제비계산서
4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증,
본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법
규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의
료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암
보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하
며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약
관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 소멸) 제1항에 따라 표적항암약물허가치료비(최
초1회한) 세부보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 해당 세부보장은 갱신되지
않습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 표적항암약물허가치료비
(최초1회한) 세부보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의
계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발
생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료
및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립
액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니
다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로
봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경
우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자
사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계
약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

153. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“항암호르몬약물치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “항암호르몬약물치료제”라 함은 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 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 9월 기준 항암호르몬약물치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표51】** (항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “항암호르몬약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “항암호르몬약물치료제”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 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「항암호르몬약물치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「항암호르몬약물치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

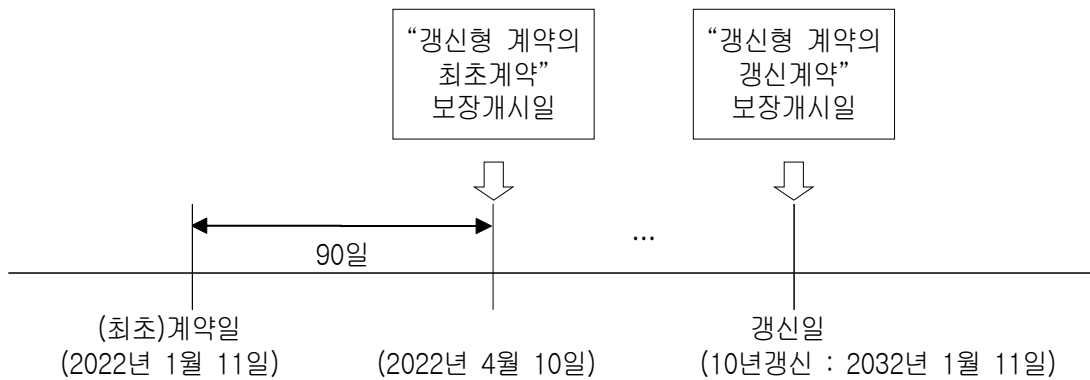
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 “암보장개시일” 이후 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 2년미만	계약일로부터 2년 이상	
항암호르몬약물 허가치료비 (기타피부암 및 갑상선암제외) (최초1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

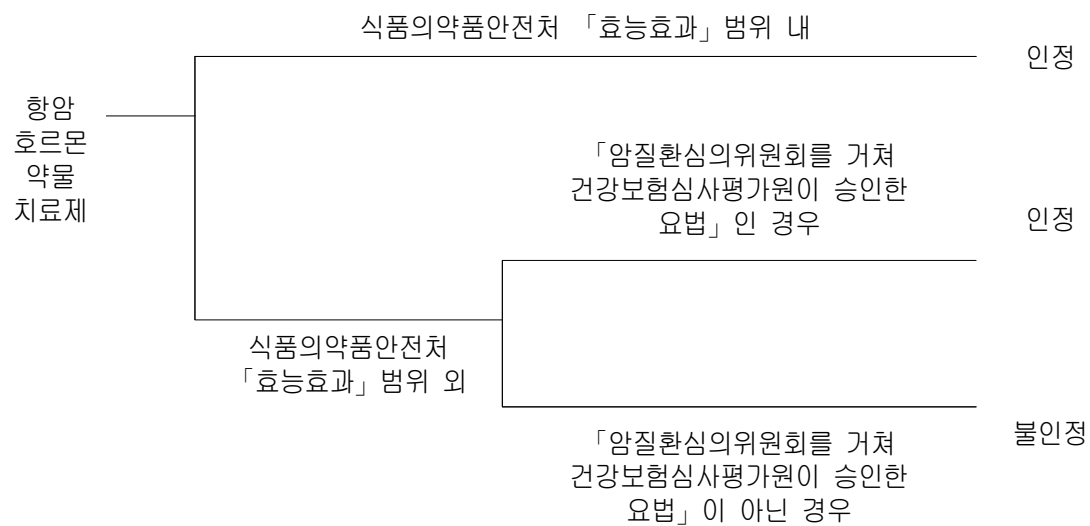
- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



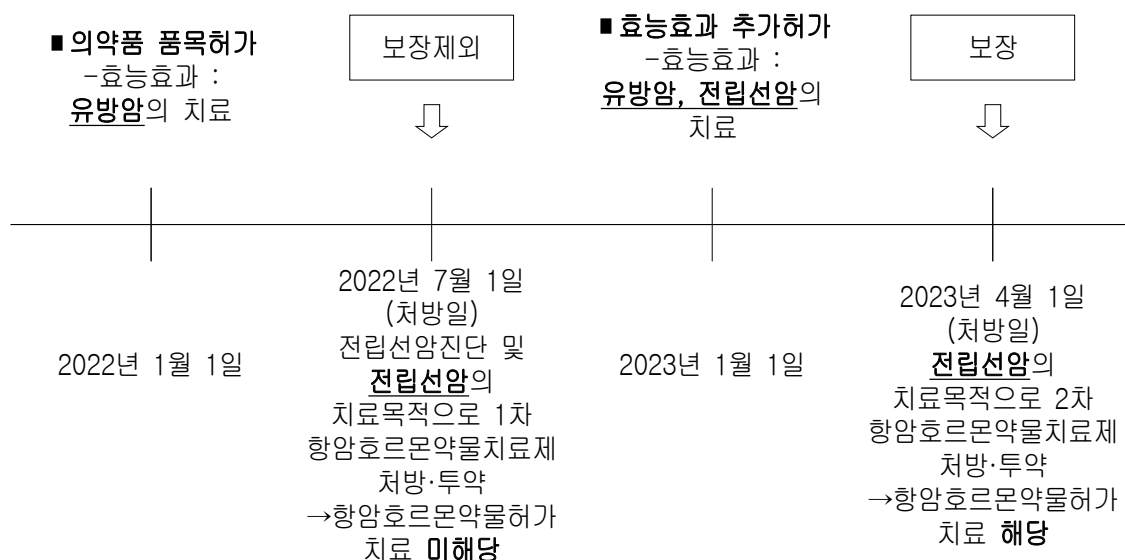
- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료비는 “항암호르몬약물치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【항암호르몬약물치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

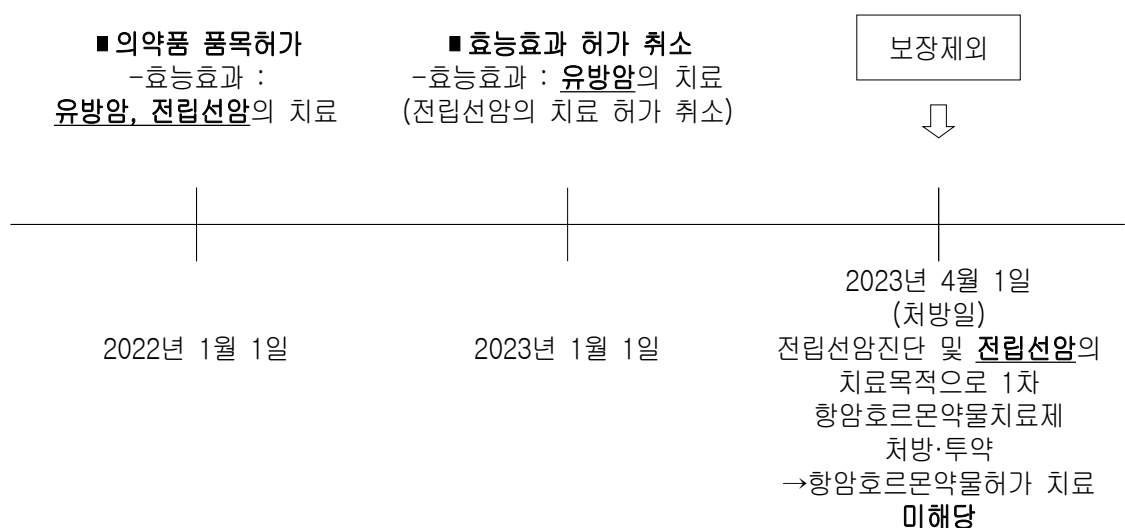


- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 “항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우라 함은 “항암호르몬약물치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“항암호르몬약물치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】



【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전

- (처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
 4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

154. 갑상선암수술후호르몬약물치료비(355고지)(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“갑상선암수술후호르몬약물치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “갑상선암호르몬치료제”라 함은 “갑상선암” 수술 후 갑상선자극호르

몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 “갑상선암” 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 약제를 말하며, “항암약물치료”는 해당되지 않습니다.

【갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표52】** (갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암수술후호르몬약물치료”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 제1항에서 정한 “갑상선암호르몬치료제”를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「갑상선암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「갑상선암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 “갑상선암”의 수술 후 “갑상선암수술후호르몬약물치료”를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 2년 미만	계약일로부터 2년 이상	
갑상선암수술후 호르몬약물치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(**【별표122】** (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 갑상선암수술후호르몬약물치료 증명서
 - 가. 갑상선암수술후호르몬약물치료 진단서 또는 갑상선암수술후호르몬약물치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의

위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일 부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

155. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(355고지)(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“카티(CAR-T)보장대상암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “카티(CAR-T)보장대상암”이라 함은 【별표76】(카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition

or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ 제2항의 “카티(CAR-T)보장대상암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T)보장대상암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “카티(CAR-T)치료제”라 함은 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포[카티(CAR-T)세포]를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T)치료제】

카티(CAR-T)치료제는 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.

【카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

카티(CAR-T)치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 7월 기준 카티(CAR-T)치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표77】(카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”라 함은 제2조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T)보장대상암”의 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「카티(CAR-T)치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「카티(CAR-T)치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

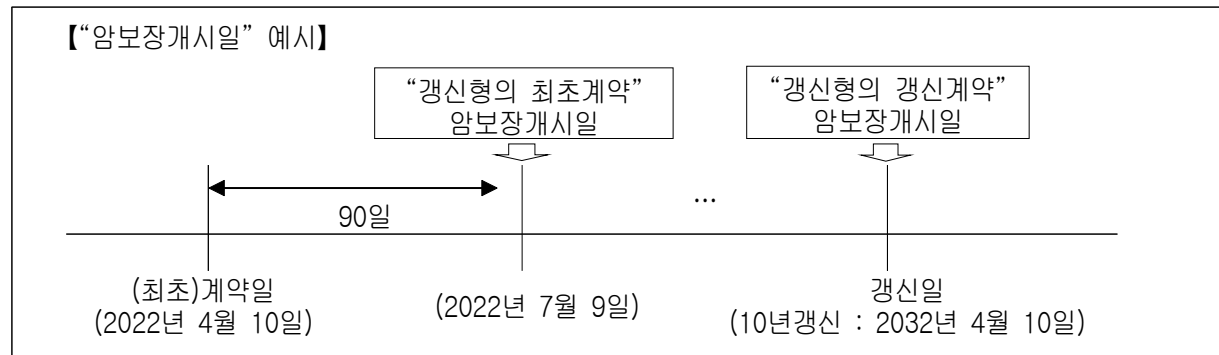
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “카티(CAR-T)보장대상암”으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

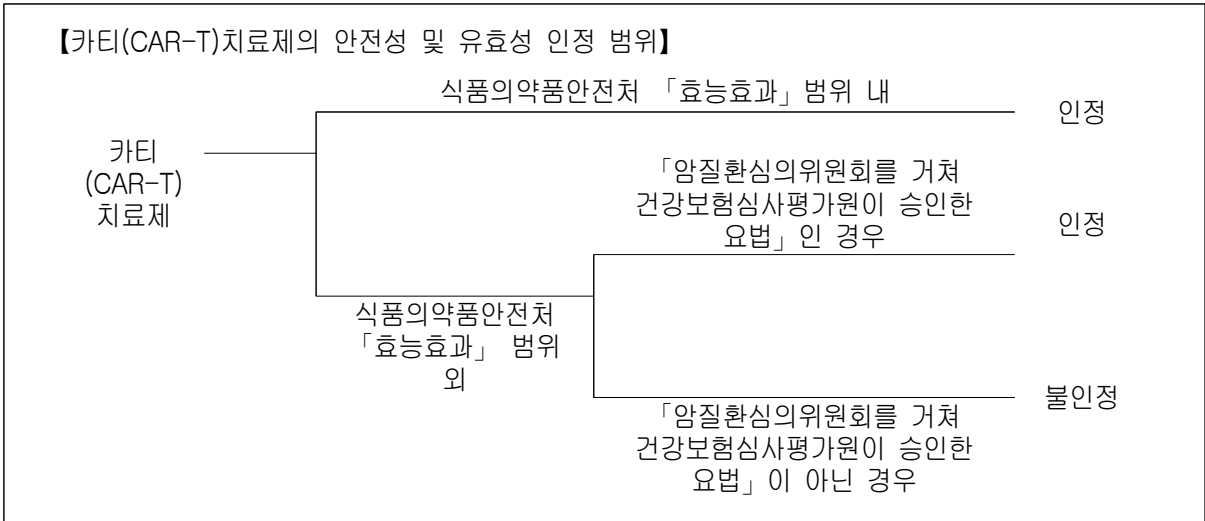
구분	지급금액				
	최초계약				갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
카티(CAR-T) 항암약물허가치료비 (최초1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 25%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입 금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

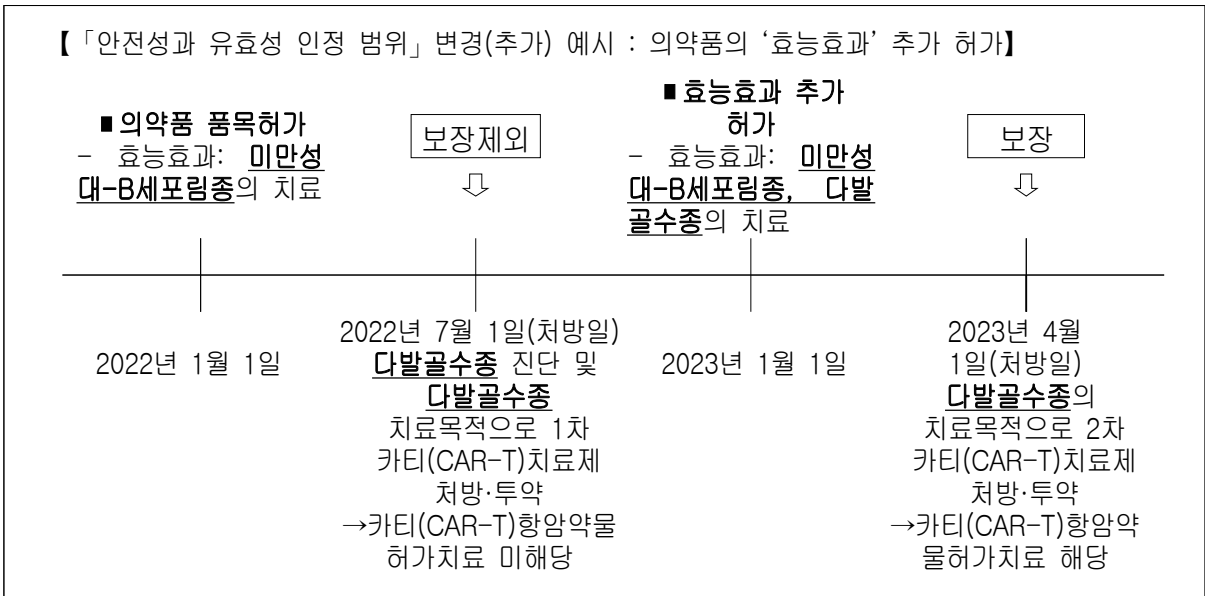
- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조(“카티(CAR-T)보장대상암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “카티(CAR-T)보장대상암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



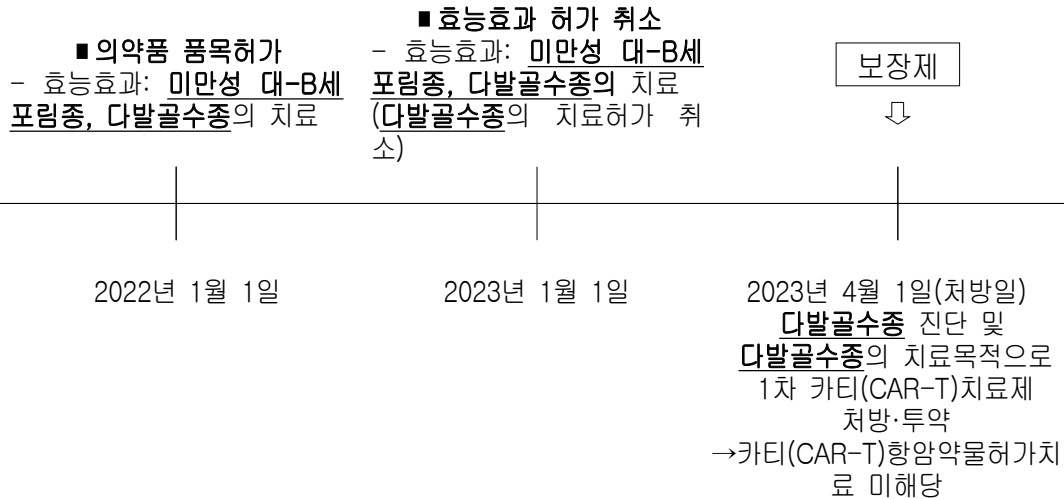
- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료비”는 “카티(CAR-T)보장대상암”의 진단 확정 이전에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료비”는 “카티(CAR-T)치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ④ 제4조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “카티(CAR-T)치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



- ⑤ 제4항에 따라 '안전성과 유효성 인정범위'가 변경되는 경우, 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위'에 따라 카티(CAR-T)보장대상임을 변경하여 적용합니다.
- ⑥ 카티(CAR-T)치료제를 처방받고 약물이 투여되지 않은 경우에는 보장하지 않습니다. 다만, 이 특별약관의 보험기간 이내에 카티(CAR-T)치료제를 처방 받았으나 의사와 일정 협의 등으로 보험기간 이후에 약물을 투여 받은 경우에는 이를 보장하여 드립니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중 에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
 - 가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 진단서 또는 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의 위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “카티(CAR-T)보장대상암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일 부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

**156. 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)
(355고지)(갱신형) 특별약관**

제1조(“자궁근종”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “자궁근종”이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근종)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “자궁근종”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “자궁근종”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“고강도초음파집속술(HIFU)”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “고강도초음파집속술(HIFU)”이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 “고강도초음파집속술(HIFU)”이 필요하다고 인정되는 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 “자궁근종”의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
 1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MR) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양을 응고괴사시키는 의료행위
 2. 【별표90】(고강도초음파집속술(HIFU) 분류표)에서 정한 “수가코드”에 해당하는 경우
- ② 제1항 제2호에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항 제2호의 “수가코드”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제1항 제1호에서 정한 “고강도초음파집속술(HIFU)”과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.
- ④ 제1항의 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “자궁근종”의 치료를 직접적인 목적으로 “고강도초음파집속술(HIFU)”을 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(자궁근종) (최초1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 기재), 치료확인서, 수술확인서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

157. 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관

제1조(“다빈치로봇을 이용한 특정수술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “다빈치로봇을 이용한 특정수술”이라 함은 “다빈치로봇을 이용한 수술” 중 아래의 수술에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 근치적 방광절제술 및 적출술(Radical Cystectomy)
 2. 신부분절제술 및 적출술(Partial Nephrectomy)
 3. 근치적 전립선절제술 및 적출술(Radical Prostatectomy)
- ② 제1항의 “다빈치로봇을 이용한 수술”은 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[수술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci [®]	QZ961

【다빈치로봇을 이용한 수술】

다빈치로봇을 이용한 수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술과정의 전체 혹은 일부분을 다빈치로봇이 담당하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치로봇 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ③ 제2항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치로봇을 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇을 이용한 수술”을 받은 것으로 봅니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정예 따라 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “다빈치로봇을 이용한 수술”에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “다빈치로봇을 이용한 특정수술”을 받은 경우에 회사는 세부수술별(근치적 방광절제술 및 적출술, 신부분절제술 및 적출술, 근치적 전립선 절제술 및 적출술)로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상	
다빈치로봇특정수술비 (연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “다빈치로봇을 이용한 특정수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

158. 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관

158-1. 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)(355고지)(갱신형) 보장

제1조(“암(갑상선암및전립선암제외)” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 “암(갑상선암및전립선암제외)”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), C61(전립선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 보장에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 “전립선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C61(전립선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암(갑상선암및전립선암제외)”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“다빈치로봇 암수술”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “다빈치로봇 암수술”이란 “암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci [®]	QZ961

【다빈치로봇암수술】

다빈치로봇암수술이란 “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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇 암수술”을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및

급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료 행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

- ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료)을 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증

가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

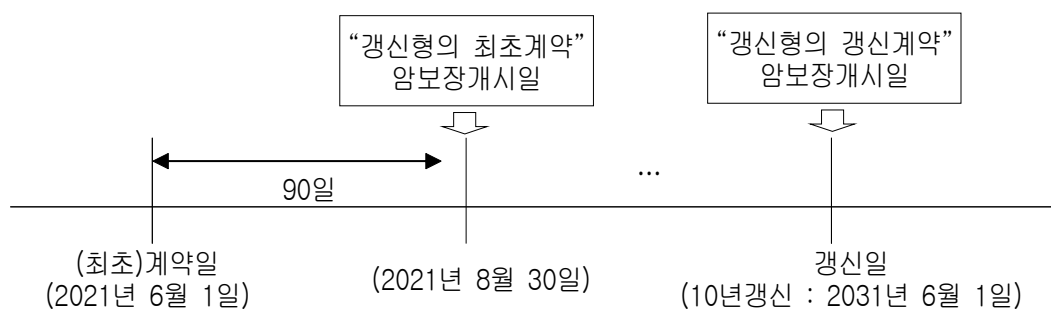
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단 확정되고 그 “암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	최초계약				갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
다빈치로봇암수술비 (갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)	-	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암(갑상선암및전립선암제외)” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암(갑상선암및전립선암제외)”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제10조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(보장의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(보장의 소멸)로 이 보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

158-2. 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 보장

제1조(“갑상선암및전립선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 “갑상선암및전립선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암)), C61(전립선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “갑상선암및전립선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암및전립선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“다빈치로봇 암수술”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “다빈치로봇 암수술”이란 “갑상선암및전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci [®]	QZ961

【다빈치로봇암수술】

다빈치로봇암수술이란 “갑상선암및전립선암”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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 개정"에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

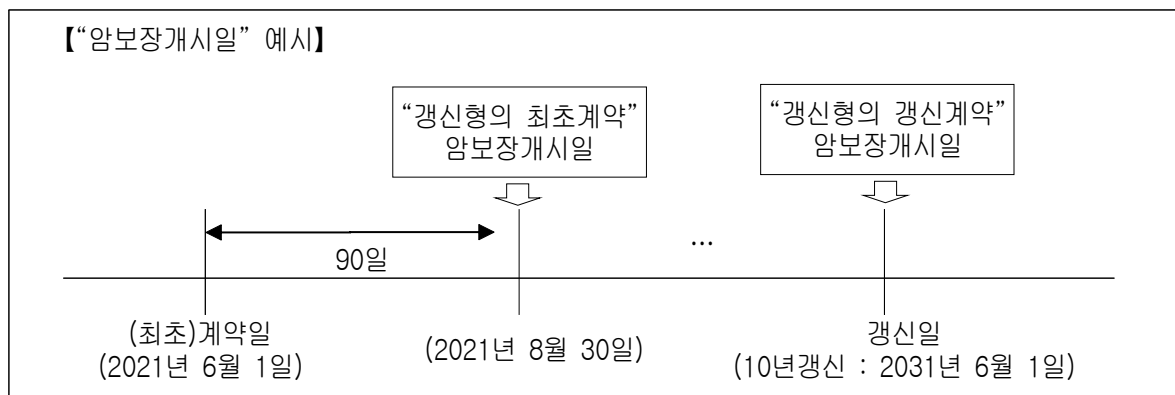
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “갑상선암및전립선암”으로 진단 확정되고 그 “갑상선암및전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	최초계약				갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
다빈치로봇암수술비 (갑상선암및전립선 암)(최초1회한)	-	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“갑상선암및전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “갑상선암및전립선암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제10조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “갑상선암및전립선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(보장의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(보장의 소멸)로 이 보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

159. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

159-1. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한

질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 채워변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

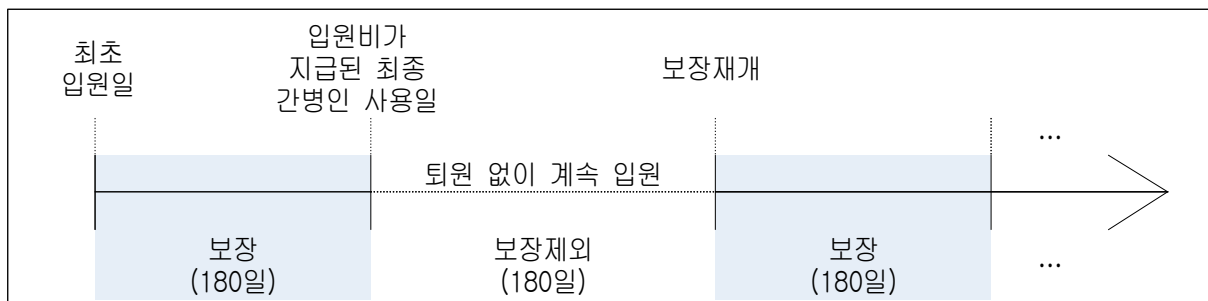
- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

159-2. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원) (355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우

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

【간병인의 주요업무(예시)】

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

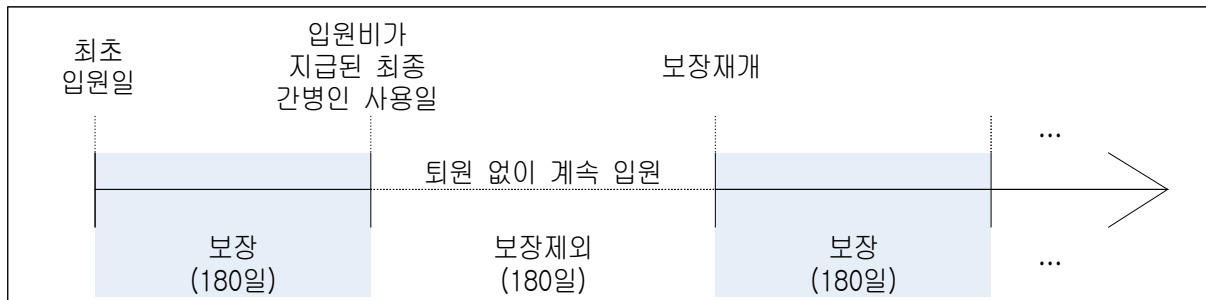
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인사용 질병입원비 (1일이상180일한도) (요양병원)	1일당 이 보장 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)

에 따라 입원비를 계속 보장합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 3. 성병
- 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또

- 는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

160. 간병인사용 질병입원비 II (1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

160-1. 간병인사용 질병입원비 II (요양병원, 한방병원 및 의원제외) (1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 한방병원 및 의원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 보장에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비 II(요양병원, 한방병원 및 의원 제외)(1일 이상 180일 한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와

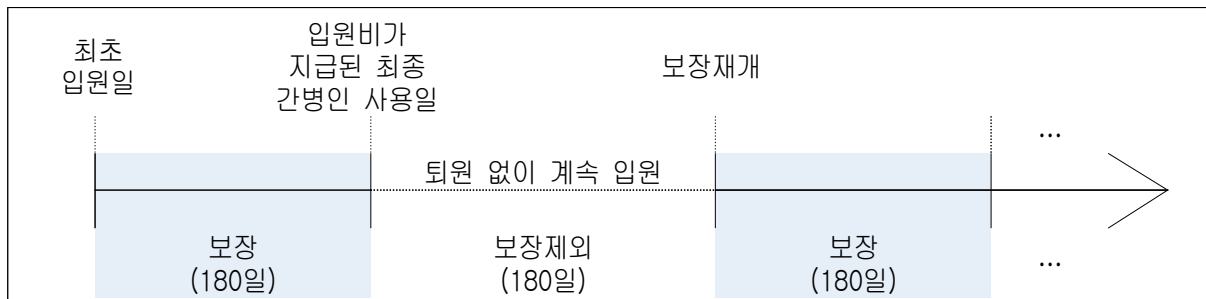
간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

160-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도) (355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.

- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

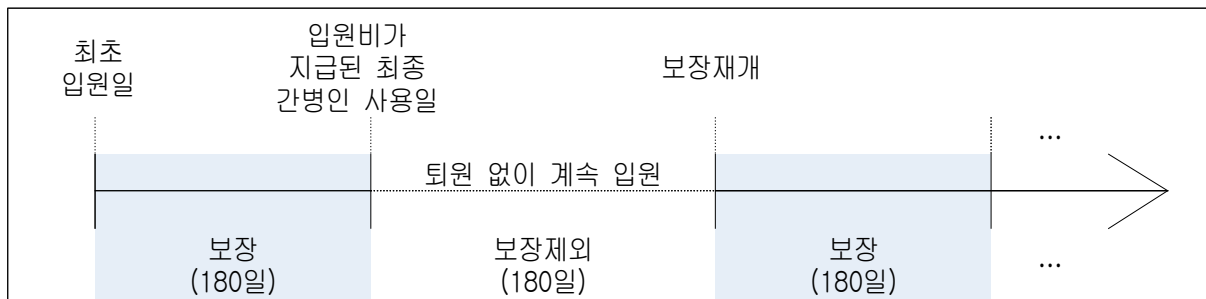
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제2조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)(이하 '입원비'라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양 병원) (1일이상180일한도)	1일당 이 보장의 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용함

니다.

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 3. 성병
- 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음

을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

160-3. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(한방병원및의원)(1일이상180일한도) (355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원 및 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 한방병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

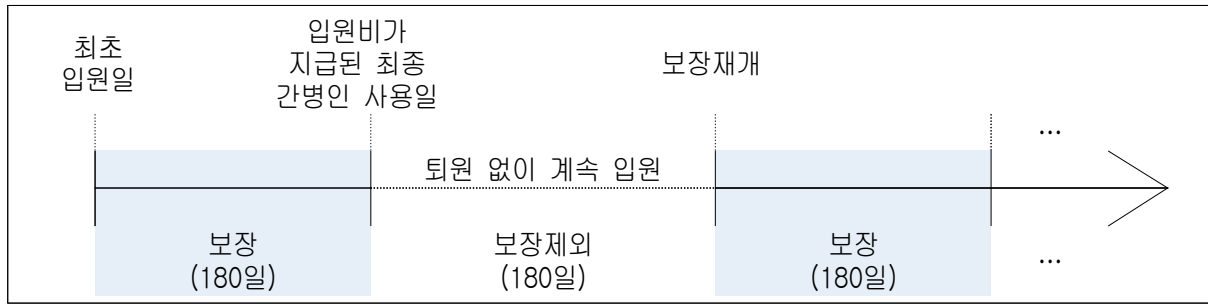
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한방병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비 II(한방병원및의원)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인사용 질병입원비 II(한방 병원및의원) (1일이상180일한도)	1일당 이 보장의 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도

록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 한방병원 및 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 한방병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

161. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일 이상 180일 한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 보장에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할수있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
 - ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
 - ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
 - ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
- ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

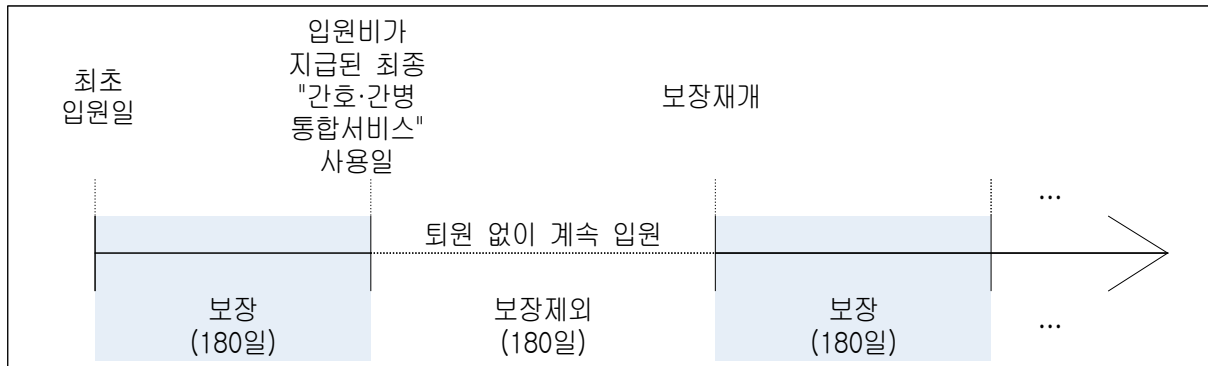
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원하여 치료를 받으며 제2조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 "간호·간병통합서비스"를 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(이하 '입원비'라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간호·간병 통합서비스사용 질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 보장 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 "간호·간병통합서비스" 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종 "간호·간병통합서비스" 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 "간호·간병통합서비스" 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

162. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한) (유사암및소액암제외)
2. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한) (소액암)

제1조(“중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91-1】(중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91-2】(중증질환자 소액암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “산정특례 암(유사암 및 소액암제외) 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “신규암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “산정특례 소액암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제2항 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “신규암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “신규암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “신규암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환” 또는 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환” 또는 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정된 경우를 말합니다.

환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑨ 제7항에도 불구하고 D32(수막의 양성신생물) 및 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)의 진단확정은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑩ 제3항 내지 제4항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확인한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 “중증질환자 암(유사암및소액암제외) 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 암(유사암 및 소액암제외) 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

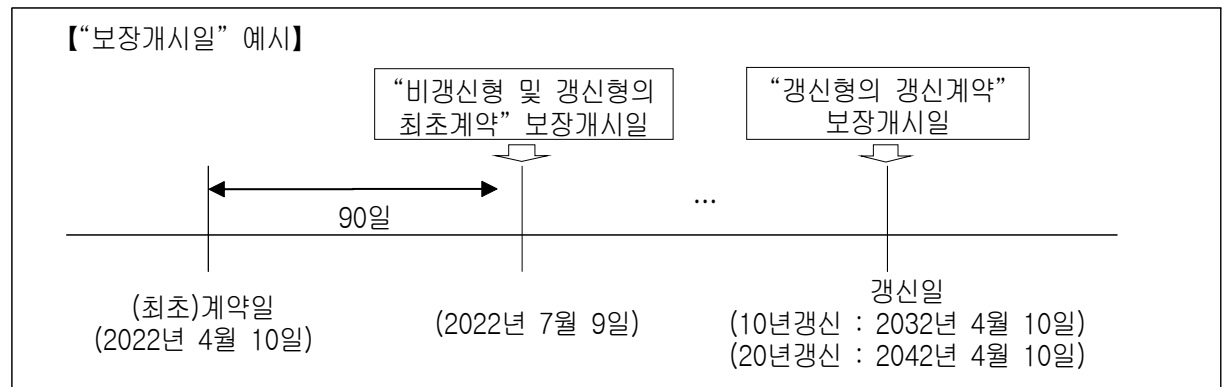
구분		지급금액			
		비갱신형 및 갱신형의 최초계약			갱신형의 갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)	유사암및소액암제외	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 소액암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분		지급금액			
		비갱신형 및 갱신형의 최초계약			갱신형의 갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(암(유사암제외))치료비 II (최초1회한)	소액암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”등의 정의)에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로부터(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 암(유사암 및 소액암제외) 등록” 또는 “산정특례 소액암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(암(유사암제외)) 치료비 II(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 중증질환자 암 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례대상 재등록】
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “보장개시일”의 전일 이전에 제1조(“중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 “중증질환자 암(유사암및소액암제외) 산정특례 대상질환” 또는 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(유사암 및 소액암제외), 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(소액암)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

163. 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 유사암 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91-3】(중증질환자 유사암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “산정특례 유사암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “신규암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “신규암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “신규암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑦ 제2항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 유사암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	비갱신형 및 갱신형의 최초계약		갱신형의 갱신계약
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(유사암)치료비 (최초1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 유사암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ④ 중증질환자 암 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례대상 재등록】
 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“중증질환자 유사암 산정특례 대상질환” 등의 정의) 제1항 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(유사암)치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

164. 산정특례(중복암및재등록암)치료비(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

164-1. 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 보장에서 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91】(중증질환자 암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “산정특례 중복암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “중복암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ③ 이 보장에서 “중복암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조 4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “중복암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ④ “중증질환자 암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑥ 제4항에도 불구하고 D32(수막의 양성신생물) 및 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)의 진단확정은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본

인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

【중증질환자 암 산정특례 중복암 등록】

- “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제4항
- 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일부턴 산정특례를 적용한다.

제2조(보험금의 지급사유)

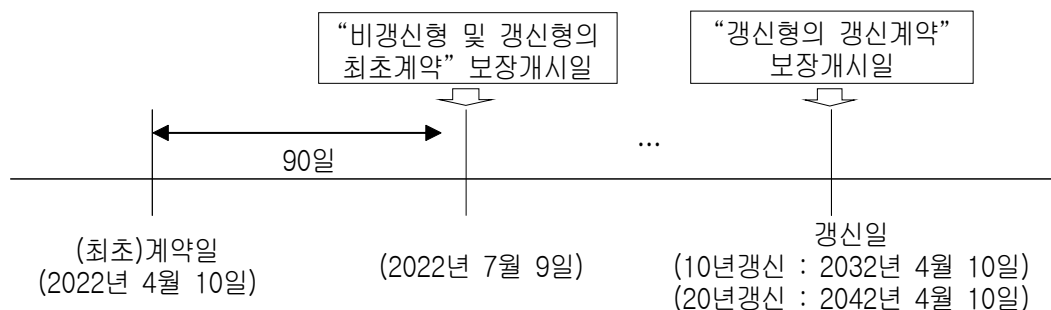
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”이후에 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 중복암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	비갱신형 및 갱신형의 최초계약			갱신형의 갱신계약
	보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(중복암)치료비 (최초1회한)	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 “중복암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부턴 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【중복암 “보장개시일” 예시】



- ② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 중복암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(보장의 무효)

피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일” 전일 이전에 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 중복암에 해당하는 질병으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중복암)치료비를 지급한 경우에는 그

손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(보장의 소멸)에 의하여 이 보장이 소멸되는 경우 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

164-2. 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 보장에서 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91】(중증질환자 암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “산정특례 재등록암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “재등록암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ③ 이 보장에서 “재등록암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “재등록암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ④ “중증질환자 암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑥ 제4항에도 불구하고 D32(수막의 양성신생물) 및 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)의 진단확정은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

【중증질환자 암 산정특례 재등록】

- “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제8조(산정특례 재등록)
- 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제2조(보험금의 지급사유)

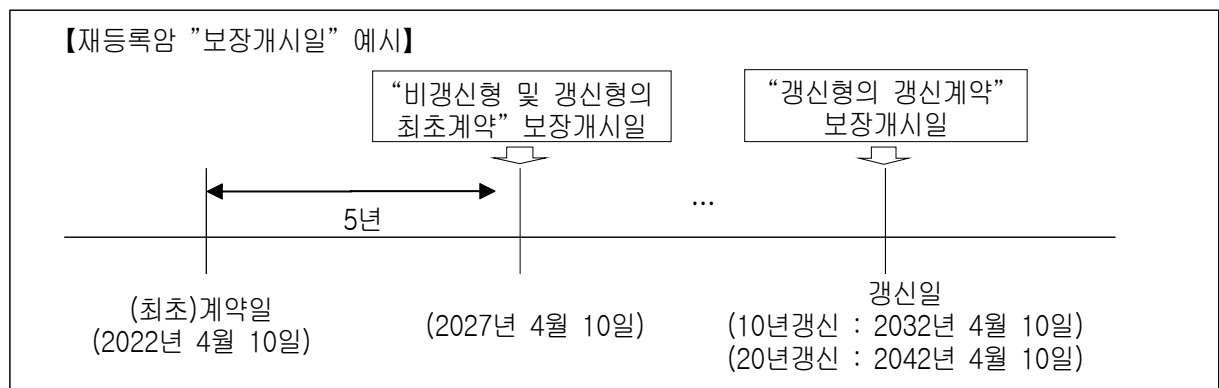
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “보장개시일” 이후에 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 재등록암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하

여 아래의 금액을 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	비갱신형 및 갱신형의 최초계약		갱신형의 갱신계약
	보험계약일로부터 5년 이내	보험계약일로부터 5년 초과	
산정특례(재등록암)치료비 (최초1회한)	-	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 “재등록암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 5년이 지난날의 다음날로부터(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “산정특례 재등록암 등록” 신청일이 보장개시일 이전 3개월 이내인 경우에는 “산정특례 재등록암 등록” 신청일을 보장개시일로 하며, 제8조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 재등록암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일

- 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(보장의 무효)

피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “보장개시일” 전일 이전에 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환” 등의 정의)에서 정한 재등록암에 해당하는 질병으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 단, “산정특례 재등록암 등록” 신청일이 보장개시일 이전 3개월 이내인 경우에는 그러하지 않습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(재등록암)치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(보장의 소멸)에 의하여 이 보장이 소멸되는 경우 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

165. 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)(355고지) 특별약관은 1종 또는 2종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암” 또는 “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 또는 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타

관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표 83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)은 매년 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당 연도의 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (유사암진단)(8대진단용)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)
- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

- 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)
- 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))
 - ▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년
 - ▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월
- 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

- 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원
 (120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)
 + 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 2. 보험기간 중에 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”으로 진단 확정된 경우
 3. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

166. 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형) 특별약관은 5종 또는 6종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)은 매년 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 1. 피보험자가 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 때
 2. 피보험자가 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때
 3. 피보험자가 제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기간경화”로 진단이 확정되었을 때

4. 피보험자가 제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기신부전증”으로 진단이 확정되었을 때
5. 피보험자가 제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기폐질환”으로 진단이 확정되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (5대진단,고급형)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

- 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)
- 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))
 - ▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년
 - ▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월
- 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

- 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원
 (120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)
 + 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따

를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 2. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

167. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(유사암진단, 고급형)(기본계약용)(355고지) 특별약관은 5종 또는 6종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암” 또는 “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 또는 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)은 매년 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (유사암진단,고급형) (기본계약용)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사

망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)을 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 - 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 - 2. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

168. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(유사암진단, 고급형)(5대진단용)(355고지) 특별약관은 5종 또는 6종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암” 또는 “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 또는 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표 83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)은 매년 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당연도의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (유사암진단,고급형) (5대진단용)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)
- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

- 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)
- 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))
 - ▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년
 - ▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월
- 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

- 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원
 (120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)
 + 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 2. 보험기간 중에 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”으로 진단 확정된 경우
 3. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

169. 암진단비(유사암제외,면책없음,감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

170. 암진단비(유사암및특정소액암제외, 면책없음, 감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련 암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】

상피세포층(epithelium)		
점막고유층 (lamina propria)	①	▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)	②	
점막하층 (submucosa)		

(: 악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

171. 유사암진단비(감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우에 회사는 각각 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에

규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

172. 뇌졸중진단비(감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌졸중으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

173. 뇌출혈진단비(감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

174. 뇌혈관질환진단비(감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

175. 급성심근경색증진단비(감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

176. 허혈성심장질환진단비(감액없음)(355고지) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

【 상해 및 질병 관련 특별약관 】

1. 경증이상치매진단비(355고지) 특별약관

제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “경증이상치매상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 “경증이상 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “경증이상 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태에서 그 상태가 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 “경증이상치매상태”로 최종 진단 확정 될 수 있습니다.

【CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ “경증이상치매상태”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자의 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 “경증이상치매상태”가 계속 지속되었음을 확인함으로써 “경증이상치매상태”로 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 “경증이상치매상태”의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체 진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

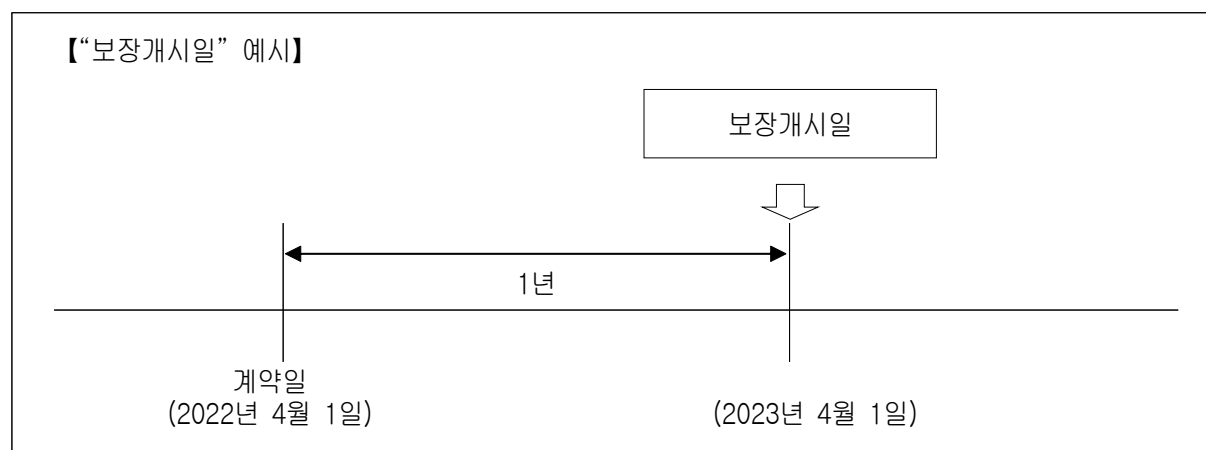
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “경증이상치매상태”로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 경증이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
경증이상치매진단비	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “경증이상치매상태”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 제1항에도 불구하고 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경증이상치매상태”가 발생한 경우에는 “보장개시일”을 보험계약일로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경증이상치매상태”에 따라 CDR 1점 이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 “경증이상치매상태”로 진단 확정된 경우에도 경증이상치매진단비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산,

불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “경증이상치매진단비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “경증이상치매상태”로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 중증치매진단비(355고지) 특별약관

제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중증치매상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “인지기능의 장애”라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K(Mini-mental state examination, Korean version), 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
 1. 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.
 2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- ③ “중증치매상태”의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 “중증치매상태”가 계속 지속되었음을 확인함으로써 “중증치매상태”로 진단 확정됩니다.
- ④ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중증치매상태”로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 중증치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증치매상태가 되어 90일 이상 계속된 경우에 중증치매상태가 지속되던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 중증치매진단비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

- ② 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “중증치매진단비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. CT,MRI검사지원비(치매, 급여, 연가1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“치매”의 정의)

이 특별약관에서 “치매”이라 함은 【별표120】(치매 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제2조(“급여 치매 CT·MRI 촬영”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “급여 치매 CT·MRI 촬영”이라 함은 의료법 제3조 및 제5조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “치매”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 일반전산화단층영상진단(CT)(이하 ‘급여 일반전산화단층영상(CT)’라 합니다) 또는 자기공명영상진단(MRI)(이하 ‘급여 자기공명영상진단(MRI)’라 합니다)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 “급여 치매 CT·MRI 촬영”은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 코드 중 “영상진단 및 방사선치료료” 항목에서 급여항목 ‘다-245 (일반전산화단층영상진단 Computed Tomography)’ 또는 ‘다-246 (자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging)’이 발생한 경우(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 치매 CT·MRI 촬영” 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드의 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 일반전산화단층영상(CT) 또는 자기공명영상진단(MRI) 촬영 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “급여 치매 CT·MRI 촬영” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(“치매”의 정의)에서 정한 “치매”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제2조(“급여 치매 CT·MRI 촬영”의 정의와 장소)에서 정한 “급여 치매 CT·MRI 촬영”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약 보험가입금액의 100%를 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 치매 CT·MRI 촬영”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기

재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인
이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(“치매”진단서 또는 진료기록부, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI 코드)포함), 진료비계산서 등) 단, 진료기록부에 【별표120】(치매 분류표)에서 정한 분류번호가 기재되어 있지 않은 경우 “치매” 진단 및 치료를 위한 필요소견이 확인되어야 합니다. 단, 진료기록부에서 “치매”의 진단 및 치료의 필요소견을 확인할 수 없는 경우 의사소견서를 제출하여야 합니다.
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 장기요양진단비(1등급)(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용

대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

5. 장기요양진단비(1,2등급)(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변

경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용 대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

6. 장기요양진단비(1,2,3등급)(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~3등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2,3등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특

별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용 대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2,3등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해

약관금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

7. 장기요양진단비(1,2,3,4등급)(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~4등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2,3,4등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2,3,4등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

8. 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)(355고지) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~5등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

9. 심자인대 · 반월판연골 · 아킬레스건수술비(각 연간1회한, 급여) 특별약관

제1조(“심자인대질환” 및 “급여 심자인대수술” 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “심자인대질환”이라 함은 【별표 58】(심자인대질환 분류표)에서 정한 상병 또는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심자인대질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “급여 심자인대수술”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎 관절 안에 위치한 전방심자인대 또는 후방심자인대가 파열되어 심자인대를 접합, 성형 또는 재건하는 수술을 말합니다.
- ④ 제3항의 “급여 심자인대 수술”은 【별표59】(급여 심자인대수술 분류표)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 심자인대수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “급여 심자인대수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 심자인대수술 인정기준”을 따릅니다.

제2조(“반월판연골질환” 및 “급여 반월판연골수술” 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “반월판연골질환”이라 함은 【별표60】(반월판연골질환 분류표)에서 정의한 상병 또는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “반월판연골질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “급여 반월판연골수술”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 곁부분

(Plateau) 사이에서 있는 ‘C’ 자형의 반달모양의 연골이 손상되어 반월판(반월상) 연골을 봉합, 절제 또는 이식 하는 수술을 말합니다.

- ④ 제3항의 “급여 반월판연골수술”은 보험기간 중에 【별표61】 (급여 반월판연골수술 분류표)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 반월판연골수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 반월판연골수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 반월판연골수술 인정기준”을 따릅니다.

제3조(“아킬레스건질환” 및 “급여 아킬레스건수술” 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “아킬레스건질환”이라 함은 【별표62】 (아킬레스건질환 분류표)에서 정의한 상병 또는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “아킬레스건질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “급여 아킬레스건수술”이라 함은 발뒤꿈치뼈(Calcaneus)와 종아리 근육 사이에 있는 힘줄인 아킬레스건이 손상되어 아킬레스건을 봉합,재건 또는 연장하는 수술을 말합니다.
- ④ 제3항의 “급여 아킬레스건수술”은 보험기간 중에 【별표63】 (급여 아킬레스건수술 분류표)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 아킬레스건수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 아킬레스건수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 아킬레스건수술 인정기준”을 따릅니다.

제4조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 각각 연간1회에 한하여 아래의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
“급여 심자인대수술”	이 특약의 보험가입금액의 100%
“급여 반월판연골수술”	이 특약의 보험가입금액의 30%
“급여 아킬레스건수술”	이 특약의 보험가입금액의 100%

1. “심자인대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 심자인대수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보장합니다.
 2. “반월판연골질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 반월판연골수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보장합니다.
 3. “아킬레스건질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 아킬레스건수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보장합니다.
- ② 각 세부보장은 수술 부위, 수술 종류 등에 관계없이 연간 2개 부위 또는 하나의 부위에 2종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에도 각 보장별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 수술을 받은날로 합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

10. 뇌혈관질환 · 심장관련질병 · 인공관절수술비(355고지) 특별약관

제1조(“인공관절수술” 등의 정의 및 진단확정)

이 특약에 있어서 “인공관절 수술”이라 함은 아래에 정한 인공관절치환수술 및 인공 골두삽입술을 말합니다. 단, 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공 골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 제외합니다.

1. 인공관절치환수술이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 함)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜 주는 수술을 말합니다.
2. 인공골두삽입술이라 함은 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 수술을 말합니다.

제2조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“심장관련질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “심장관련질병”이라 함은 【별표20】(심장관련질병 분류표)에서 정한 급성류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈성 심장질환, 폐성심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병, 수막구균성 심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 심장관련질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “인공관절수술”을 받거나 “뇌혈관질환” 또는 “심장관련질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 이 특약의 보험가입금액을 뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

11. 기관절개수술비(급여) 특별약관

제1조(“급여 기관절개술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급여 기관절개술”이라 함은 「급여 기관절개술 대상 수가코드」(【별표64】(급여 기관절개수술 분류표) 참조)에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 수술에 대하여 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 수술의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

- ③ 제1항의 “급여 기관절개술”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “기관절개술” 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 “급여 기관절개술”을 받은 경우에는 이 특약의 보험가입금액을 기관절개수술비(급여)로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동시에 두 가지 이상의 「급여 기관절개술 대상 수가코드」 (【별표64】(급여 기관절개수술 분류표) 참조)에 해당하는 수가코드를 받은 경우에는 하나의 기관절개수술비(급여)만 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

12. 창상봉합술치료비(급여, 1일1회한, 연간3회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급여 창상봉합술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급여 창상봉합술”이라 함은 상해 또는 질병의 직접결과로써, “창상봉합술” 치료를 받은 경우를 말합니다. “창상봉합술”이라 함은 「급여 창상봉합술 대상 수가코드」(【별표92】(급여 창상봉합술 대상 수가코드 분류표) 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진

료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “급여 창상봉합술”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 창상봉합술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 “급여 창상봉합술”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 “급여 창상봉합술”을 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(급여, 1일1회한, 연간3회한)(이하 “창상봉합술치료비”라 합니다)로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.
- ③ 제2항의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

구 분	창상봉합술(안면 또는 경부)	창상봉합술(안면과 경부 이외)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

13. 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여, 1일1회한, 연간3회한)(355고지) 특별약관

제1조(“급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”이라 함은 상해 또는 질병의 직접결과로써, “창상봉합술” 치료를 받은 경우를 말합니다. “창상봉합술”이라 함은 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드」(【별표93】(급여 안면/경부 창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드 분류표) 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여, 1일1회한, 연간3회한)(이하 “창상봉합술치료비(안면/경부)”라 합니다)로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비(안면/경부)는 연간 3회한도로 보장합니다.
- ③ 제2항의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수기재), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한

제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

14. 응급실내원진료비(응급) 특별약관

제1조(“응급실”, “응급환자”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.
- ② 이 특약에서 “응급환자”이라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “응급환자”에 해당하고 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우, 내원1회당 이 특약의 보험가입금액을 응급실내원진료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

15. 깁스치료비 특별약관

제1조(“깁스(Cast)치료”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast)감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다.“부목(Splint cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

16. 수혈치료비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“수혈”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수혈”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 함)의 의료법 제5조(의사·치과의사· 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)가 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 【별표121】(급여 수혈 의료행위 분류표)에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 함)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항의 진료행위 외에도 해당하는 “수혈”이 있는 경우에는 그 “수혈”도 포함하는 것으로 합니다.
- ③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “수혈”에 준하여 “수혈 보장 코드”를 결정합니다.
- ④ 제1항의 “수혈”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수혈항목에서 급여 항목이 발생한 경우를 말하며, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 제1조(“수혈”의 정의 및 장소)에서 정한 “수혈”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 수혈치료비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 진료행위를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 지급함

니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 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 연습도 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
- ④ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 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, 주름살제거술 등

- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ⑤ 회사는 다음에 해당하는 의료행위에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 ‘의료행위’코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2022-193호, 2022.9.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
1. 조혈모세포의 주입(‘의료행위’코드 X5131~X5137)
 2. 동종 공여자 림프구 주입(‘의료행위’코드 X5051)
 3. 자가수혈(‘의료행위’코드 X5062, X5064, X5132, X5134, X5136) 및 자기수혈-채혈료(‘의료행위’코드 X6001~X6008)
 4. 진정내시경 환자관리료 I~IV(‘의료행위’코드 EA001~EA004)

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 또는 진료기록부, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드) 포함), 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 법정 대리인임을 입증할 수 있는 서류 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

17. 각막이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“각막이식수술”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “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 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 장기수혜자로서 제1조(“각막이식수술”의 정의)에서 정한 각막이식수술을 받았을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 각막이식수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

18. 5대장기이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관

제1조(“5대장기이식수술” 등의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “5대장기”라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 “5대장기이식수술”로 보지 않습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작

(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 장기수혜자로서 제1조(“5대장기이식수술” 등의 정의)에서 정한 5대장기이식수술을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 5대장기이식수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비(최초1회한)를 지급한 경우

- 에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

19. 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”이라 함은 【별표65】(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”으로 등록된 경우에는 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년이상	
산정특례(뇌혈관) 치료비(연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약 보험가입금액의 100%를 지급합니다.
 ③ 제1항의 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)는 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
 ④ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한) 보장 예시】				
← 1년 →				
계약일 (2022년 1월 1일)	중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 등록 (2022년 3월 1일) 지급	중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 등록 (2022년 7월 1일) 부지급	계약일로부터 1년 (2023년 1월 1일)	중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 등록 (2023년 4월 1일) 지급

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
 ② 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 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(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증,

- 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

20. 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형및 비갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 심장질환 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”이라 함은 【별표66】(중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의

“본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 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 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어 납니다.

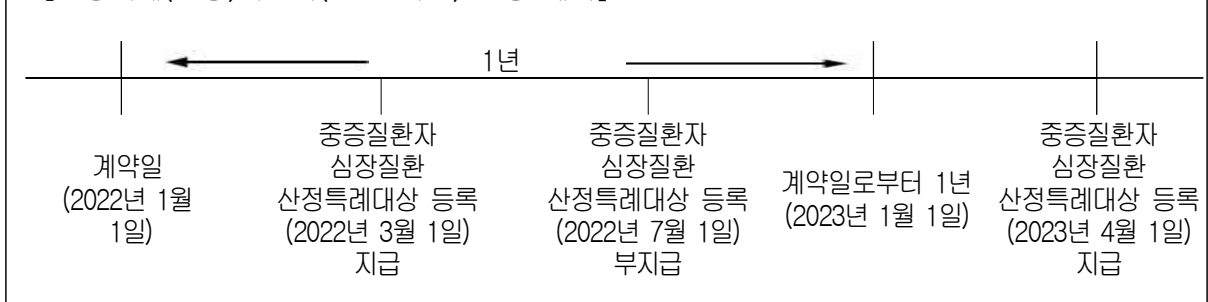
제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”으로 등록된 경우에는 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(심장)치료비(연간1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년이상	
산정특례(심장) 치료비(연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약 보험가입금액의 100%를 지급합니다.
- ③ 제1항의 산정특례(심장)치료비(연간1회한)는 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【산정특례(심장)치료비(연간1회한) 보장 예시】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 심장질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(심장)치료비(연간1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 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(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

21. 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“중증치매 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “중증치매 산정특례대상”이라 함은 【별표94】(중증치매 산정특례대상 분류표)에서 정한 중증치매로 진료를 받아 산정특례등록 신청을 완료한 자를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증치매 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

– 중증치매 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증치매로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
– 중증치매의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다. 단 【별표94】(중증치매 산정특례대상 분류표)의 특정기호 V810의 산정특례는 등록일 기준 최대 120일간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

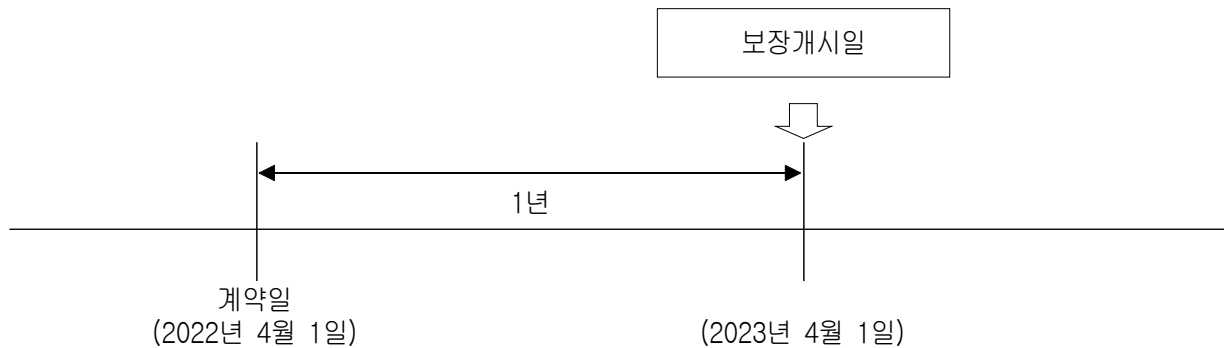
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “중증치매 산정특례대상”으로 보험기간 중에 신규등록된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
산정특례(중증치매) 치료비(최초1회한)	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제9조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“보장개시일” 예시】



- ② 제1항에도 불구하고 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증치매 산정특례대상”으로 신규등록된 경우에는 “보장개시일”을 보험계약일로 합니다.
- ③ 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해 또는 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증치매 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 중증치매 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증치매 산정특례대상 재등록】

법령에서 정한 중증치매 산정특례기간(5년, 단 【별표94】(중증치매 산정특례대상 분류표)의 특정기호 V810의 경우 연간 최대120일) 종료시점에 등록된 중증치매의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당 질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한

보장개시일 전일 이전에 “중증치매 산정특례대상”에 해당하는 상병코드로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제8조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 적용됩니다.
- ② 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인

- 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 - ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
 - ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제10조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

22. 보험료납입면제지원금(3대진단)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(3대진단)(355고지) 특별약관은 1종 또는 2종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정

한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(3대진단)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(3대진단)은 매년 보험료납입면제지원금(3대진단) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(3대진단) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 - 1. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제1조(“암” 등 의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정 되었을 때
 - 2. 상해로 【별표1】 (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
 - 3. 진단확정된 질병으로 【별표1】 (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (3대진단)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

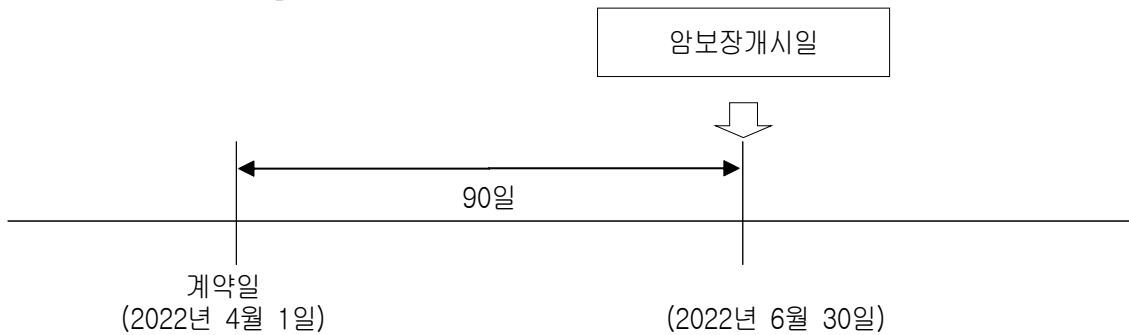
(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(3대진단)을 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 이 특약에서 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 장해지급률 80%이상에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제지원금(3대진단)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이를 차감

하여 적용합니다.

- ⑩ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(3대진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(3대진단)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(3대진단)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

23. 보험료납입면제지원금(5대진단)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(5대진단)(355고지) 특별약관은 1종 또는 2종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),

단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(5대진단)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(5대진단)은 매년 보험료납입면제지원금(5대진단) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(5대진단) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 1. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정 되었을 때
 2. 피보험자가 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 때
 3. 피보험자가 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때
 4. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
 5. 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (5대진단)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

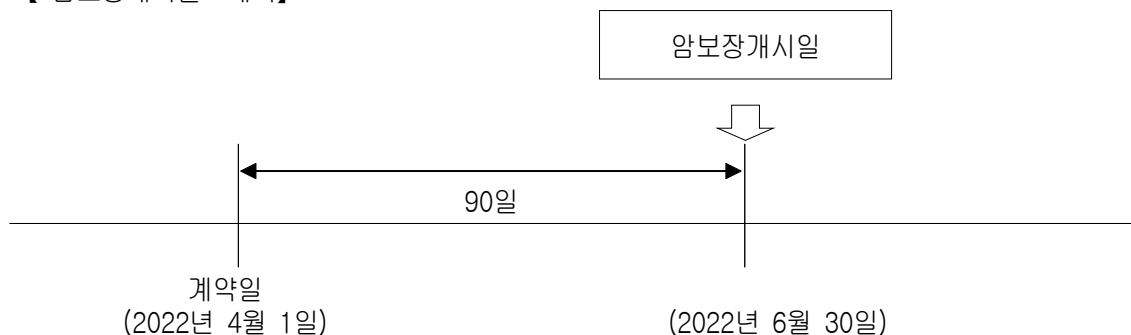
(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단)을 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 “뇌졸중” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단)을 지급하여 드립니다.

- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이미 이 특약에서 제4조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 및 제5호에서 정한 장해지급률 80%이상에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제지원금(5대진단)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑪ 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(5대진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “암”, “뇌졸중” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(5대진단)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

24. 보험료납입면제지원금(8대진단)(355고지) 특별약관

보험료납입면제지원금(8대진단)(355고지) 특별약관은 1종 또는 2종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성

신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(8대진단)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(8대진단)은 매년 보험료납입면제지원금(8대진단) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당연도의 보험료납입면제지원금(8대진단) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 1. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정 되었을 때
 2. 피보험자가 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 때
 3. 피보험자가 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경

- 색증”으로 진단이 확정되었을 때
4. 피보험자가 제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기간경화”로 진단이 확정되었을 때
 5. 피보험자가 제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기신부전증”으로 진단이 확정되었을 때
 6. 피보험자가 제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기폐질환”으로 진단이 확정되었을 때
 7. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때
 8. 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (8대진단)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

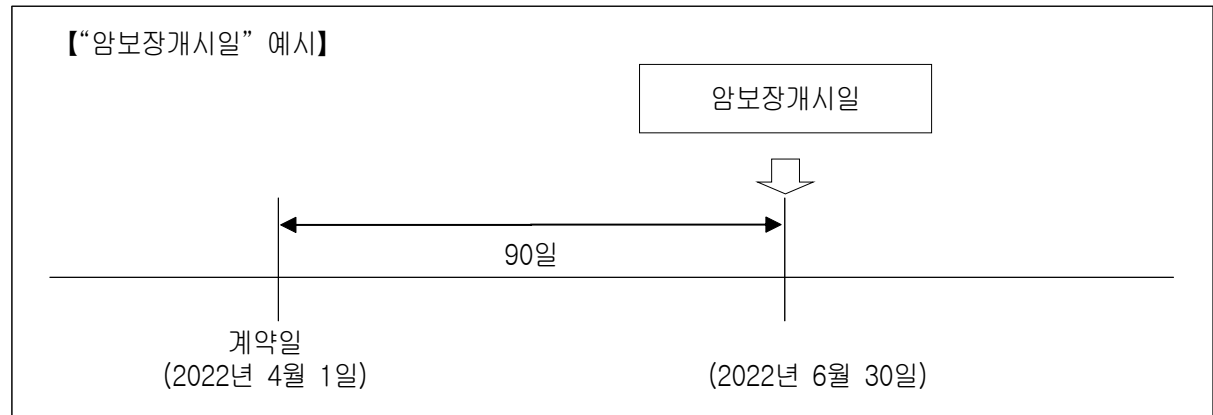
- 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)
- 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))
 - ▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년
 - ▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월
- 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

- 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원
 (120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)
 + 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(8대진단)을 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(8대진단)을 지급하여 드립니다.
- ④ 제7조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의

각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 이미 이 특약에서 제7조(보험금의 지급사유) 제1항 제7호 및 제8호에서 정한 장애지급률 80%이상에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료납입면제지원금(8대진단)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑪ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(8대진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(8대진단)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(8대진단)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 비용손해 관련 특별약관 】

1. 보이스피싱손해보상금 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 사용되는 지급사유 관련 용어의 정의는 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보이스피싱 : 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.
2. 실제 금전손해액 : 보이스피싱으로 인하여 송금·이체된 금액에서 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제10조 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.
3. 피해환급금 : 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.
4. 개인정보 : 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.
5. 보상책임액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 입은 손해에 대하여 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자가 보이스피싱사고로 대한민국 내에서 금전적인 손해를 입은(지출한) 경우에는 피보험자가 입은(지출한) 실제 금전손해액을 이 특약의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보이스피싱손해보상금으로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우에 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 인하여 발생한 비용 또는 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 피보험자의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고(공모한 경우를 포함합니다)
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제10조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제2조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해

7. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장애, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장애
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제4조(보험금의 분담)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 보이스포상손해에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【다른 보험 계약이 체결되어 있는 경우 보험금 계산 예시】

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(MG손해보험) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(MG손해보험)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상받습니다.

$$\begin{aligned} \bullet \text{ 계약1} &= 48 = 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \\ \bullet \text{ 계약2} &= 32 = 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \end{aligned}$$

【공제】

같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다. 이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 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 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
- ③ 회사는 제1항, 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.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 수사기관의 피해신고확인서등 관련자료
3. 피해자신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 지급정지요청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」시행령별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」시행령별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 「피해환급금 결정 통지서」 또는 객관적으로 피해환급금 수량을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 소멸되며, “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 보복운전피해보상금(운전) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 “보복운전”의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 기소유예된 경우, 이 특약의 보험가입금액을 보복운전피해보상금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 “보복운전”이 제2항 각 호의 행위 중 2개 이상에 해당하더라도 1회에 한하여 보복운전피해보상금을 지급합니다.

【기소유예】

경찰사건사무규칙 제69조 제3항 제1호에서 정한 피의사실이 인정되나 형법 제54조 각호의 사항을 참작할 때 소추를 필요로 하지 아니하여 검찰이 기소를 유예하는 경우를 말합니다..

- ② 제1항의 “보복운전”이라 함은 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 시비로 인하여 타인이 자동차를 수단으로 피보험자를 상대로 다음 각 호에서 정한 행위를 하여 검찰에 의해 기소 또는 기소유예된 경우를 말합니다.
1. 형법 제258조의2(특수상해)에서 정한 특수상해
 2. 형법 제258조의2(특수상해) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수상해
 3. 형법 제261조(특수폭행)에서 정한 특수폭행
 4. 형법 제261조(특수폭행) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수협박
 5. 형법 제284조(특수협박)에서 정한 특수협박
 6. 형법 제284조(특수협박) 및 제285조(상습범)에서 정한 상습특수협박
 7. 형법 제369조(특수손괴)에서 정한 특수손괴

제2조(자동차 운전중 사고의 정의)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금은 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소이유 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 의료사고법률비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다))에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우에 회사는 1사고당 1심에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 『의료사고』라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의료사고법률비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약(공제포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

각 계약별 비례분담액	=	의료사고법률비용	×	$\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

【다른 보험 계약이 체결되어 있는 경우 보험금 계산 예시】

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(MG손해보험) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(MG손해보험)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상받습니다.

$$\begin{aligned} \bullet \text{ 계약1} &= 48 = 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \\ \bullet \text{ 계약2} &= 32 = 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \end{aligned}$$

【공제】

같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다.

이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에의해 의료사고가 발생한 경우

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 민사소송법률비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 민사소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 민사소송 법률비용을 이 약관에 따라 보상합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

- ② 회사가 보상하는 소송사건은 대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.
- ③ 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 “심급별”이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

구 분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제)	500만원 한도

- ④ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.
- ⑤ 회사가 지급하여야 할 민사소송 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

【소송제기의 원인이 되는 사건】

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

1. 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
2. 손해배상의 경우 : 해당사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 되는 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달라 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 민사소송법률비용으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 아래 변호사 비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

소송목적의 값	변호사비용 한도
300만원까지	30만원
300만원 초과 ~ 2,000만원까지	[30만원+(소송목적의 값 - 300만원)×10%]
2,000만원 초과~5,000만원까지	[200만원+(소송목적의 값 - 2,000만원)×8%]
5,000만원 초과~1억원까지	[440만원+(소송목적의 값 - 5,000만원)×6%]
1억원 초과~1억5,000만원까지	[740만원+(소송목적의 값 - 1억원)×4%]
1억5,000만원 초과~2억원까지	[940만원+(소송목적의 값 - 1억5,000만원)×2%]
2억원 초과~5억원까지	[1,040만원+(소송목적의 값 - 2억원)×1%]
5억원 초과	[1,340만원+(소송목적의 값 - 5억원)×0.5%]

주) 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」이 변경되는 경우에는 변경된 내용에 따릅니다.

2. 「민사소송법 등 인지법」에 정한 아래 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액 한도
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원 ~ 1억 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억 ~ 10억 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.40%
10억 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

주1) 항소심의 경우 상기 한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다.

주2) 「민사소송 등 인지법」이 변경되는 경우에는 변경된 내용에 따릅니다.

3. 대법원의 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 아래 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료 한도
1심 민사소액	94,000원
민사단독	141,000원
민사합의	141,000원
항소심	112,800원
상고심	75,200원

주) 대법원의 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」이 변경되는 경우에는 변경된 내용에 따릅니다.

- ② 제1항의 각 호에 대해 중국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 「특허법」에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전

자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송

17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송

18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

아래에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

제4조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
 2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
 3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
 4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

계약자 또는 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항의 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 이 특약에서 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.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

【다른 보험 계약이 체결되어 있는 경우 보험금 계산 예시】

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(MG손해보험) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(MG손해보험)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상받습니다.

$$\begin{aligned} \bullet \text{ 계약1} &= 48 = 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \\ \bullet \text{ 계약2} &= 32 = 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \end{aligned}$$

【공제】

같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다.

이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(사기에 의한 계약)

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.

제12조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 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 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제14조(특약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못했을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 이 특약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 배상책임 관련 특별약관 】

1. 가족일상생활배상책임 II

(대인공제없음, 대물공제(누수50만원, 누수외20만원))(갱신형) 특별약관

제1조(배상책임 관련 용어의 정의)

보상관련 용어

1. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
2. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
3. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
5. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 아래에 열거한 사고(이하 ‘사고’라 합니다)로 타인의 신체의 장해(이하 “대인배상책임”이라 합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말함)(이하 “대물배상책임”이라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 따라 보상하여 드립니다.
 1. 피보험자가 살고 있는 주택(이하 “거주주택”이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 “임대주택”이라 합니다) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.
 4. 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.
- ③ 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 임대주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.
- ④ 제1항의 “배상책임손해”라 함은 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호에 따라 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

【공탁보증보험료】

‘공탁보증보험’은 가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청함에 있어 권리인(피신청인)의 손해 보전을 위해 법원이 담보 제공을 원할 경우 신청인(보험계약자)이 납부해야 할 공탁금액을 대신하는 상품이며, ‘공탁보증보험료’는 이러한 공탁보증보험에 가입한 사람이 보험자에게 내는 일정한 금액을 말합니다.

제3조(피보험자의 범위)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.
 1. 기명 피보험자
 2. 기명 피보험자의 배우자(가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 같습니다)
 3. 기명 피보험자 또는 기명 피보험자의 배우자와 생계를 같이하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제 777조)(【별표122】(기타관계 법규) 참조)
 4. 기명 피보험자 또는 기명 피보험자의 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 기명 피보험자와 기명 피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
 3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 4. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 5. 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
 6. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 7. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
 7. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
 8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
 10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
 11. 폭력행위에 기인하는 배상책임
- ③ 회사는 제1항 제1호의 사유가 발생한 때에는 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우에는 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제5조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

【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.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류

4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 금액(1사고당 1억원 한도)을 한도로 보상하되 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대물배상책임” 및 “대인배상책임” 손해를 더한 금액을 보상합니다. 다만, 자기부담금은 누수사고와 누수 이외의 사고에 따라 다를 수 있으며, 하나의 사고를 원인으로 누수사고와 누수 이외의 사고의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우, 해당사고는 ‘누수사고’로 봅니다.
 2. 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 및 ‘마’목의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제2호 ‘다’목 및 ‘라’목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.
- ② 제1항에서 ‘누수사고’라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 및 피보험자의 일상생활에 기인하는 우연한 사고 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(Sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수 사고에 해당하지 않습니다.

제9조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제10조(보험금의 분담)

- ① 이 특약에서 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 보상

합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

- ② 이 특약이 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 회사는 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보험금의 지급사유)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 행위로 증가된 손해

제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 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.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 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 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제13조(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.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 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 이유 없이 협력하지 않은 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.

제14조(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 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.
- 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.

제15조(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.

제16조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

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.

제19조(특약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 특약은 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제20조(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. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료 등을 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 보통약관 제38조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무 내용을 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.

제22조(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 특약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】
계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제23조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제24조(특약의 해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 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 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 부여하지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에도 그 손해를 보상하지 않습니다. 단, 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제25조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제26조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

무배당
원더풀 355 간편보험(24.04)
보통약관
[세만기형 - 일반고지형]

무배당 원더풀 355 간편보험(24.04) 보통약관

- ☐ 보통약관 3종 일반고지_실속형_해약환급금미지급형(납입후50%) (일반상해사망보험금)
- ☐ 보통약관 4종 일반고지_실속형_표준형 (일반상해사망보험금)
- ☐ 보통약관 7종 일반고지_고급형_해약환급금미지급형(납입후50%) (일반상해사망보험금)
- ☐ 보통약관 8종 일반고지_고급형_표준형 (일반상해사망보험금)

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)사이에서 피보험자의 질병, 상해 또는 배상책임에 대한 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

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자
 - 1) 상해 및 질병보장: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 2) 배상책임보장 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- 다. 장애: 【별표1】(장애분류표)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 라. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- 마. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- 바. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약

(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

사. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【예시】

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원

- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다)

다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보험료 : 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 보통약관의 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

나. 보장보험료 : 손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.

다. 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.

라. 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.

마. 부가보험료 : 회사운영에 필요한 사업비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용, 계약관리비용 및 손해조사비로 구분됩니다. 계약관리비용은 다시 유지관련비용과 기타비용으로 구분할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우에는 이 보통약관의 보험가입금액을 “일반상해사망보험금”으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

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

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

- ② “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘일반상해사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)등)
 3. 신분증(주민등록증이나 여권 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 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 임부·해산부·산욕부 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(『정신보건법』 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 『장애인복지법』 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통보합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보

험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연 되는 경우

6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

- ③ 제2항에 의하여 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지는 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

【가지급보험금】

보험사고가 발생한 후 보험금 지급 사유의 조사 및 확인에 상당한 시일이 소요되거나 장기간 치료를 받게 됨으로 인하여 보험약관에서 정한 기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우 경제적 어려움에서 조속히 벗어날 수 있도록 하기 위하여 추정보험금의 50% 범위 내에서 미리 지급하는 보험금을 말합니다.

【단리와 복리】

이자 계산에서 단리는 원금에 대해서만 약정된 이자율과 기간을 곱해서 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 일정기간마다 이자를 원금에 합쳐 그 합계금액에 대한 이자를 다시 계산하는 방법입니다. 다시말해 단리계산은 원금에 대해서만 이자가 붙고 복리계산은 (원금+이자)에 이자가 붙는 것입니다. 단리와 복리 계산을 일반화된 수식으로 표현하자면 다음과 같습니다.

▷ 단리 : $S = A(1+r \times n)$

▷ 복리 : $S = A(1+r)^n$

(S : 원금과 이자의 합계 / A : 원금 / r : 이자율 / n : 기간)

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제41조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

제9조(『보장성보험공시이율(1701)』의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 이 계약의 『보장성보험공시이율(1701)』로 하며 『보장성보험공시이율(1701)』은 매월 1일부터 해당 월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 『보장성보험공시이율(1701)』은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중 평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 『보장성보험공시이율(1701)』이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%를 적용합니다.

- ④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 『보장성보험공시이율(1701)』을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【공시이율】

시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

【최저보증이율】

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.2%인 경우(최저보증이율은 0.3%일 경우), 계약자적립액은 공시이율(0.2%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 부리됩니다.

【운용자산이익률】

사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

【외부지표금리】

사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률 및 양도성예금증서 유통수익률을 기준으로 산출합니다

제10조(중도인출에 관한 사항)

- ① 계약자는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로써 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 합니다)의 80% 범위 내에서 횟수에 제한 없이 중도 인출 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일로부터 보험료 납입경과기간에 따라 제38조(해약환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액)을 말합니다.
- ③ 제1항의 해약환급금은 제39조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항의 중도인출시 만기(해약)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 환급금이 감소합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 해약환급금미지급형에 대해서는 중도인출하여 드리지 않습니다.

【예시】

중도인출을 요청하는 시점에서 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 의해 산출한 보통약관 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

- 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
- 원금과 이자의 합계가 30만원인 보험계약대출이 있는 경우
잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

제11조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 『보장성보험공시이율(1701)』로 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 해약환급금미지급형에 대해서는 만기환급금을 지급하여 드리

지 않습니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 : $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) = 110\text{원}$
- 2년 후 : $110\text{원} + (110\text{원} \times 10\%) = 121\text{원}$

제13조(주소변경통지)

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

제14조(보험수익자의 지정)

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

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 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 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

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

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

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 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

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

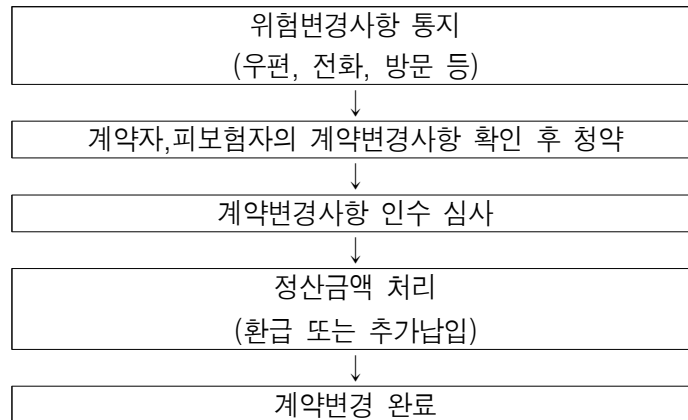
【직무】

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 제

외합니다)

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- 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 이를 납입하여야 합니다.
- 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 지급 사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례 보상 예시】

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

- 상해사망 가입금액 : 1억원

- 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

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

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서

- 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 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 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 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 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확

정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 이 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 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 부활이 이루어진 경우 부활을 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.

- 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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【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) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 보험계약대출이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 보험계약대출이율이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험 상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제22조(약관교부 및 설명 의무 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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달

하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다)를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【전자서명법 제2조 제2호】

“전자서명”이라 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

【약관의 중요한 내용】

금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조, 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제13조 및 「금융소비자 보호에 관한 감독규정」 제12조에 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 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

제23조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금

지급사유로 한 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.
4. 간편고지형으로 가입한 피보험자에 대하여 최초계약의 계약일로부터 3개월 이내에 동일한 피보험자를 대상으로 이 상품의 일반고지형에 가입한 경우 간편고지형 계약을 무효로 합니다.

【심신상실자】

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

【심신박약자】

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

제24조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있을 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 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.

【보험가입금액 등의 감액시 만기(해약)환급금】

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 만기(해약)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적어질 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. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- ③ 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1995년 6월 2일, 현재(계약일) : 2021년 1월 10일
⇒ 2021년 1월 10일 - 1995년 6월 2일 = 25년 7월 8일 = 26세

【계약해당일 예시】

보험계약일이 해당 연도에 없는 경우에는 계약발생월의 말일을 해당 연도의 계약일로 합니다.

⇒ 보험계약일이 2020년 2월 29일인 경우 2021년 2월 28일을 해당 연도의 계약해당일로 합니다.

제26조(계약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 그 때까지 적립한 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 계약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그 때까지 회사가 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경

우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드
로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공
한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또
는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유
가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니
다.

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않
습니다.
1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용
이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명
하는 경우
 2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는
경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만,
진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는
경우에는 보장을 해드립니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 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 영
수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를
미리 낼 때에는 평균공시이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간 중
에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면
선납보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더
하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제29조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병
을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기
이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제
외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서
정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정
한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정
한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신
생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성 종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

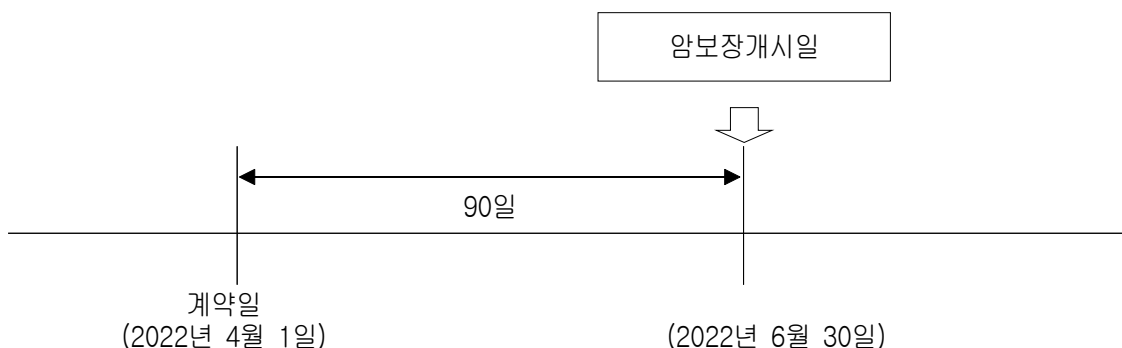
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제30조(보험료의 납입면제)

이 상품은 1종~8종으로 운영하며, 1종~4종(실속형)에 가입한 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않고 5종~8종(고급형)에 가입한 경우 아래와 같이 보험료 납입면제를 적용합니다.

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸하지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 암보장개시일(암에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다)이후 제29조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되었을 때

【“암보장개시일” 예시】



2. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
- ② 제1항 제1호의 암보장개시일 이전에 “암”으로 진단 확정된 경우에는 다음 각호에서 정한 사유가 발생하더라도 보장보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
 1. 암보장개시일 이전에 진단 확정된 “암”의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다른 “암”으로 진단 확정된 경우
 2. 암보장개시일 이전에 진단 확정된 “암”과 동일한 조직병리학적 특성을 가진 “암”이 동일부위에 발생하여 진단 확정된 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정된 경우라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후 “암”으로 진단 확정되었을 때에는 보장보험료의 납입을 면제합니다.
- ④ 제3항의 ‘암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1항을 적용합니다.
- ⑥ 제1항에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 후유장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1항에서 정한 보험사고 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며,

보험사고 사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑩ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 이미 이 계약에서 제1항에서 정한 납입면제 사유에 해당되지 않았던(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다) 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제11항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑬ 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1항에서 정한 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑭ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1항에서 정한 상해 관련 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료를 납입면제하여 드리지 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 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료를 납입면제하여 드립니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ⑮ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- ⑯ 제1항에도 불구하고 갱신형 특약이 갱신되는 경우에는 그 특약의 갱신 이후 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.
- ⑰ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

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 있으며, 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 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 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.

【자동대출납입】

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

【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.

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

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래의 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전

자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기 우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료(보장보험료와 적립보험료의 합계액)와 이에 대한 연체이자(연체된 보장보험료에 대하여 평균공시이율 +1%로 계산된 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등에 따라 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 법정 상속인이 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.

【강제집행】

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

【담보권실행】

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

【국세 및 지방세 체납처분절차】

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법

에 의하여 채납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 채납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 채납처분 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 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 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.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(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 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 해약환급금미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 동일한 가입 기준의 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형의 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 회사는 해약환급금미지급형 및 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제30조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 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 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자 적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 만료됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2019년 8월 1일에 발생하였음에도 2022년 8월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 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 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 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 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해

배상의 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 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.

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 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급 할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

무배당
원더풀 355 간편보험(24.04)
특별약관
[세만기형 - 일반고지형]

【 상 해 관 련 특 별 약 관 】

1. 일반상해사망보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 ‘일반상해사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금 특별약관

제1조(“음주운전사고”, “무면허운전사고” 및 “뺑소니사고”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “음주운전사고”라 함은 타인이 일으킨 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)에 해당되는 사고를 말합니다. (단, 음주측정 불응인 경우도 포함됩니다)
- ② 이 특약에서 “무면허운전사고”라 함은 타인이 일으킨 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)에 해당되는 사고를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “뺑소니사고”라 함은 타인이 일으킨 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치)를 위반하는 경우를 말합니다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- 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.
【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】
 누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.
【도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치)】
- ① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다.
1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
 2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공
- ② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 사고가 일어난 곳
 2. 사상자 수 및 부상 정도
 3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
 4. 그 밖의 조치사항 등
- ③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.
- ④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통안전을 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다.
- ⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다.
- ⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “교통사고”에 의한 상해의 직접 결과로 “음주운전사고”, “무면허운전사고”, “뺑소니사고”의 피해자(도로교통법에 따른 피해자를 말합니다)가 되어 사망하고, 이를 “증명 할 수 있는 서류”를 제출한 경우 회사는 이 특약의 보험가입금액을 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “교통사고”라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
 2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
 3. 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않았을 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트 펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 하며, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
2. 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단로 보지 않습니다)
3. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제2조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 음주, 무면허, 뺑소니차교통상해사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제2조(보험금의 지급사유)의 “증명 할 수 있는 서류”라 함은 아래와 같습니다.
 1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 2. 사망진단서
 3. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하

는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
 2. 하역작업을 하는 동안
 3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 일반상해3%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표 1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반상해3%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 기형을 남긴 장해(지급률5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 팔의 손목이상을 잃은 경우(지급률70%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 70%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 65%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도

로 합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 일반상해20%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표 1】(장해분류표)에서 정한 장해상태가 되었을 경우에 회사는 아래와 같이 일반상해 20%후유장해보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우: 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 지급
2. 장해분류표에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 경우: 이 특약의 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는

후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 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 후유장해를 입은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 기형을 남긴 장해(지급률5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 팔의 손목이상을 잃은 경우(지급률70%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 70%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 65%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

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

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

5. 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

6. 일반상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “일반상해입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상

해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

7. 일반상해입원비(1일이상20일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원비(1일이상20일한도)(이하 “일반상해입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에서 “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.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

8. 종합병원상해입원비(1일 이상 180일 한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한

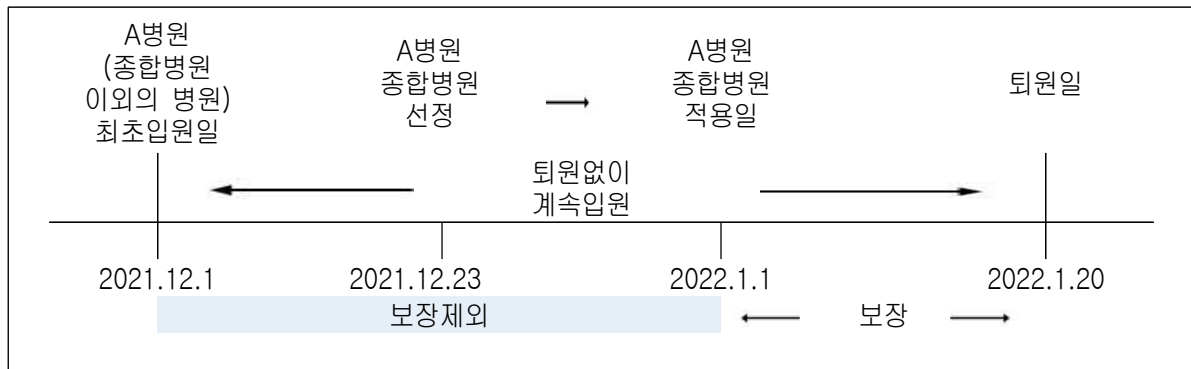
상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

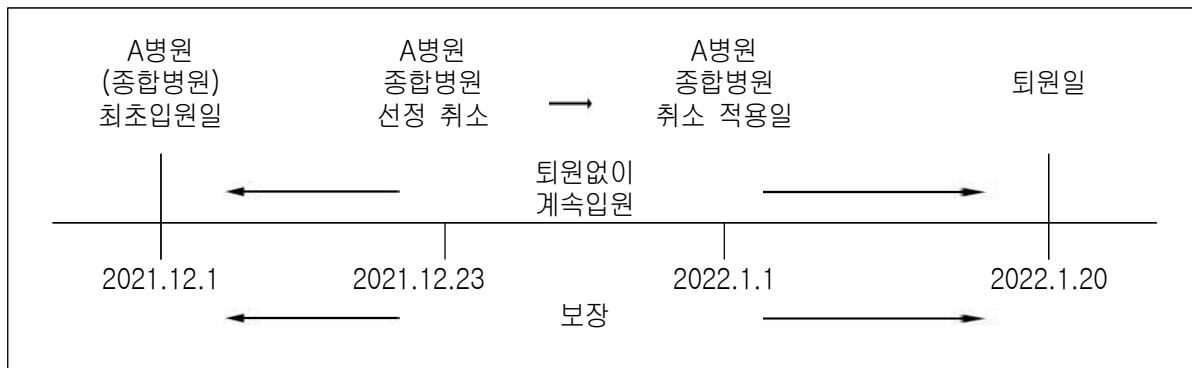
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

9. 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

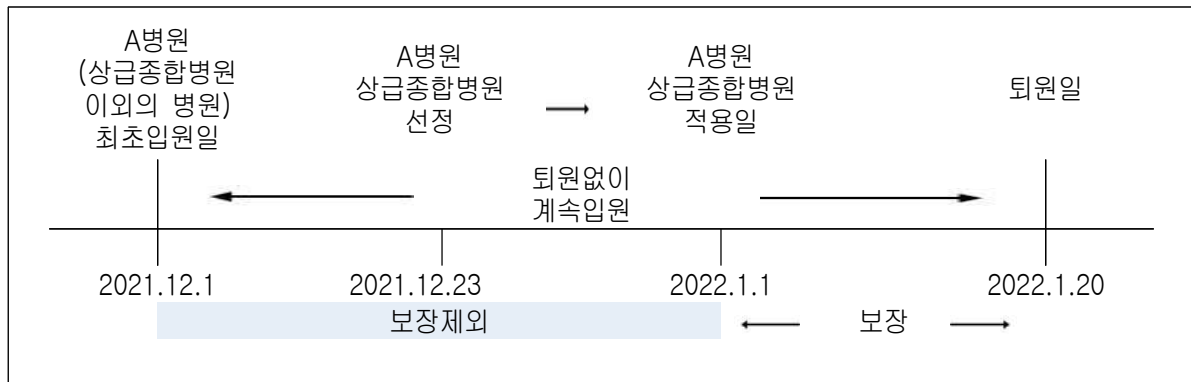
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

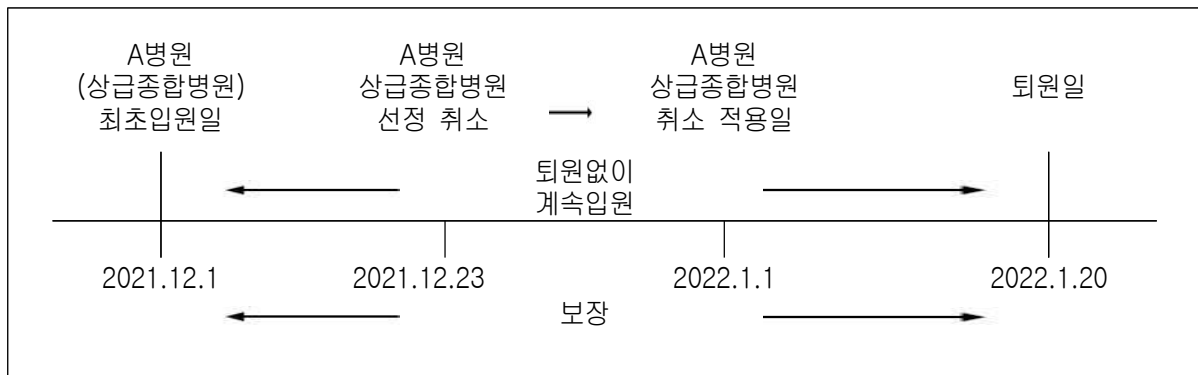
- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원

이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.

- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)〔별표122〕(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

10. 일반상해중환자실입원비(1일 이상 180일 한도) 특별약관

제1조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표7】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원비(1일 이상 180일 한도)(이하 “일반상해중환자실입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 일반상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

11. 일반상해수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 수술을 받은 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 일반상해수술비(이하 “상해수술비”로 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받는 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수

- 한 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다). 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

12. 일반상해1~5종수술비 특별약관

일반상해1~5종수술비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 일반상해1종수술비 보장
2. 일반상해2종수술비 보장
3. 일반상해3종수술비 보장
4. 일반상해4종수술비 보장
5. 일반상해5종수술비 보장

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타수술 “1~5종 수술분류표Ⅲ”에 해당하지 않는 시술

【신의료기술평가위원회】

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

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 일반상해1~5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
1종수술	일반상해1종수술비 보장의 보험가입금액
2종수술	일반상해2종수술비 보장의 보험가입금액
3종수술	일반상해3종수술비 보장의 보험가입금액
4종수술	일반상해4종수술비 보장의 보험가입금액
5종수술	일반상해5종수술비 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 일반상해1~5종수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 일반상해1~5종수술비를 지급합니다.
- ② 제1항에서 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.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

13. 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관

일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 일반상해1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
2. 일반상해2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
3. 일반상해3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
4. 일반상해4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
5. 일반상해5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
6. 일반상해6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
7. 일반상해7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
8. 일반상해8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장

제1조(“수술 및 시술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술 및 시술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 “수술시술코드”라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술시술코드는 「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 특약은 KDRG 버전 4.5(2023.1.1. 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 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 급여상대가치점수”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.

- ③ 제2항의 수술시술코드에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 수술시술코드가 변경되는 경우 이 특약의 체결시점에서 정한 수술시술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특약 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 특약 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【예시】

이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 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 사이버knife(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마knife(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 일반상해1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(이하 “수술비(시술포함)”)이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.
다만, 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드 당 연간1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액
일반상해1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액
일반상해8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)	이 보장의 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 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 수술비(시술포함)를 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 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

- ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)의 수술 시술종류와 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 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 수술비(시술포함)를 보장합니다.
- 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 정의와 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 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)», 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)», 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O0110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 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 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

다.

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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

14. 일반상해입원치료수술비(종합병원) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

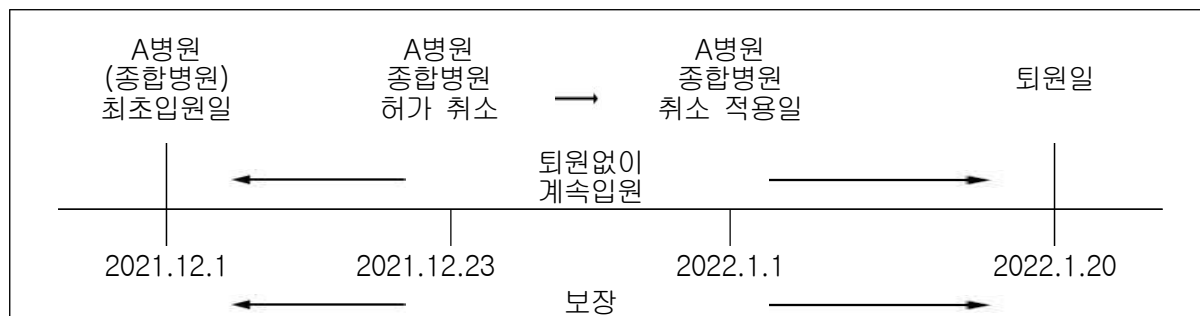
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 종합병원에 입원하여 수술한 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 일반상해입원치료수술비(종합병원)(이하 “수술비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술비의 지급일수는 1회 수술동반입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
일반상해입원치료수술비 (종합병원)	이 특약의 보험가입금액 × 입원일수

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 수술하고 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 수술비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 수술비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원하여 수술한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술하고 입원하여 치료받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 수술비를 지급합니다.



- ⑧ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·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, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

15. 중대한상해수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(“중대한 상해 수술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 중대한 상해 수술이라 함은 이 특약의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 그날을 포함하여 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 말합니다.
- ② 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표78】(중대한 특정상해 분류표) 참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표78】(중대한 특정상해 분류표)참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ④ 제1항에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 않습니다.
 1. 개두(開頭)수술이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. 개흉(開胸)수술이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. 개복(開腹)수술이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

【경뇨도적 조작(經尿道的操作)】

요도에서 내시경으로 방광, 전립선, 요도의 조직을 절제하는 등의 방법으로서 비관혈적(非觀血的)조작에 해당합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 치료를 목적으로 제1조 (“중대한 상해 수술”의 정의)에서 정한 중대한 상해 수술을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 중대한상해수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한상해수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

16. 상해흉터복원수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 발생한 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장애, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 회사는 아래에서 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	안면부	상지 · 하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술의 경우 수술 cm는 최장직경으로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
 1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
 3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

17. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표8】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 제1조(“골절”의 정의)에서 정한 골절로 진단확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(치아파절제외)는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 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 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 직간접을 묻지 않고 골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 골절손해는 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 동일 사고로 골절(치아파절제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보상하여 드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

18. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표9】(골절 분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “골절”로 진단확정된

경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(치아파절포함)는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

19. 골절수술비 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “골절”이라 함은 【별표9】(골절분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “골절”로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래에 사유로 인한 골절은 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

20. 골절특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한) 특별약관

제1조(“골절 특정재활치료”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표9】(골절분류표)에 정한 상병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “골절 특정재활치료”라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 골절 치료 중, 골절 치료 완료 후 골절치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “급여 골절 특정재활치료”라 함은 “골절”의 치료를 목적으로 【별표 95】(급여 골절 특정재활치료 분류표)에 해당하는 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.
- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 “급여 골절 특정재활치료”를 결정합니다.
- ⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제3항에서 정한 “급여 골절 특정재활치료” 외에 “급여 골절 특정재활치료”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “골절”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “골절”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “골절”로 진단 확정되고 병원에 입원 중에 “급여 골절 특정재활치료”(이하 “입원 급여 골절 특정재활치료”라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 골절 특정재활치료”(이하 “통원 급여 골절 특정재활치료”라 합니다)를 받은 경우에는 회사는 각각 1일 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 골절특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 골절특정재활치료비(급여, 1일1회, 연간10회한)은 연간 발생한 “입원 급여 골절 특정재활치료”와 “통원 급여 골절 특정재활치료” 횟수를 합산하여 연간 최대

10회 한도로 지급합니다.

- ③ 제2항의 “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 골절 특정재활치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 다음 각 호의 경우에는 “입원 급여 골절 특정재활치료”와 “통원 급여 골절 특정재활치료” 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.
1. 피보험자가 동일한 날에 “입원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 “통원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 경우
 2. 피보험자가 동일한 날에 “통원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 “입원 급여 골절 특정재활치료”를 받은 경우
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

21. 화상진단비 특별약관

제1조(“화상”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “화상”이라 함은 【별표10】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “화상”으로 진단확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 화상진단비는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태인 경우에도 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

22. 화상수술비 특별약관

제1조(“화상”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “화상”이라 함은 【별표10】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “화상”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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, 스카

- 이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래에 사유로 인한 골절은 보상하여 드리지 않습니다.
 - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

23. 척추상해수술비(관혈/비관혈) 특별약관

제1조(“척추상해”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “척추상해”라 함은 【별표39】(척추상해 분류표)에 정한 척추상해를 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

- ⑤ 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
 2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
 3. “신의료수술”이라 함은 보건복지부가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “척추상해”를 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 보험가입금액을 척추상해수술비(관혈/비관혈)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
“관혈수술”	이 특약의 보험가입금액의 100%
“비관혈수술”	이 특약의 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술로 인한 보험금과 비관혈수술로 인한 보험금을 각각 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않는 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

24. 시니어골절진단비 특별약관

제1조(“시니어골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “시니어골절”이라 함은 【별표40】(시니어골절분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “시니어골절”로 진단확정된 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 시니어골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 시니어골절진단비는 1사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

25. 시니어골절수술비 특별약관

제1조(“시니어골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “시니어골절”이라 함은 【별표40】(시니어골절분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “시니어골절”로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 시니어골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 하나의 사고로 두 종류 이상의 시니어골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 시니어골절수술비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유

로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에 아래에 사유로 인한 골절은 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

26. 골절깁스치료비(치아파절제외) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표8】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(“깁스(Cast)치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast)감은 다음, 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다. “부목(Splint cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “골절”로 진단확정을 받고 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절깁스치료비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절깁스치료비(치아파절제외)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지

않습니다.

27. 골절부목치료비(치아파절제외) 특별약관

제1조(“골절”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “골절”이라 함은 【별표8】(골절(치아파절제외)분류표)에 정한 상병을 말합니다.

제2조(“부목치료(Splint Cast)”의 정의)

이 특약에 있어서 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다. 단, sling, brace 등 치료 보조목적으로 사용되는 보조기 “부목(Splint Cast)치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “골절”로 진단확정을 받고 “부목(Splint Cast)치료”를 받은 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 골절부목치료비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해로 인하여 부목치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절부목치료비(치아파절제외)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제

10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

28. 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(“아나필락시스”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “아나필락시스”라 함은 【별표33】(아나필락시스 분류표)에 정한 상병을 말합니다.
- ② 「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “아나필락시스”로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 아나필락시스진단비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “아나필락시스”를 진단확정 받은 날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 “아나필락시스”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

29. 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증외상환자 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “중증외상환자 산정특례대상”이라 함은 【별표79】(중증외상 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증외상환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증외상환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 권역외상센터 측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용합니다.

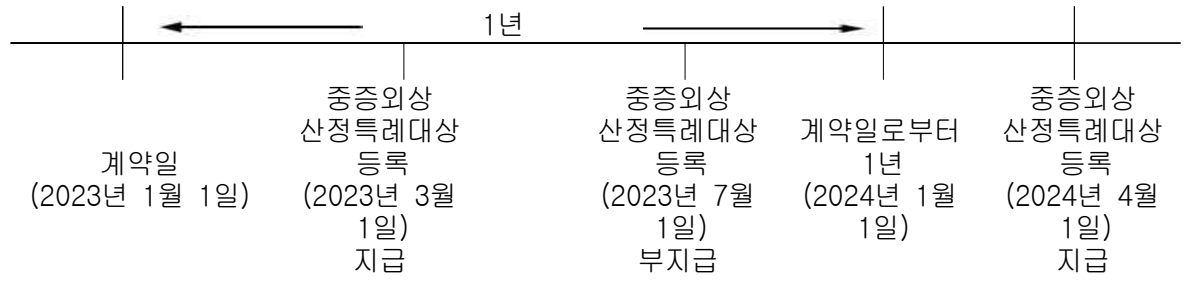
【중증외상환자 산정특례가 적용되는 기관】

보건복지부에서 지정한 권역외상센터에 대하여 중증외상환자 산정특례를 적용

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해로 인하여 “중증외상환자 산정특례대상”으로 보험기간 중에 등록된 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 이 특약의 보험가입 금액을 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.
- ② 제1항의 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)는 “중증외상환자 산정특례대상”에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【산정특례(중증외상)치료비(연간1회한) 보장 예시】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증외상환자 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 손상중증도 점수(ISS) 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

30. 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증화상환자 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “중증화상환자 산정특례대상”이라 함은 【별표80】(중증화상 산정특례대상 분류표)에서 정한 중증화상으로 진료를 받아 산정특례등록 신청을 완료한 자를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증화상환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증화상환자 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증화상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증화상환자의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해로 인하여 “중증화상환자 산정특례대상”으로 보험기간 중에 신규등록된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해의 진단확정일로 적용합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지

못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ③ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증화상환자 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ④ 중증화상환자 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증화상환자 산정특례대상 재등록】

법령에서 정한 중증화상환자 산정특례기간(1년) 종료일로부터 2년 이내에 중증화상의 수술 (【별표80-1】(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명) 참조)을 받는 경우(V306은 제외)에는 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제5조(특약의 소멸)에 의하여 이 보장이 소멸되는 경우 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

31. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관

제1조(“운전중 사고”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “운전중 사고”라 함은 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고를 말합니다.
- ② 제1항의 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 하며, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ③ 제1항의 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자(자가용 운전자만을 대상으로 합니다)가 이 특약의 보험기간 중에 자가용 자동차 운전중 사고의 직접결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 자동차사고성형치료비로 지급합니다. (다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보상하여 드리지 않습니다)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 같은 사고로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다).
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 피보험자가 자가용 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

32. 강력범죄피해보상금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신

할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우에는 회사는 이 특약의 보험가입금액을 강력범죄피해보상금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

1. 「형법」 제24장에서 말하는 살인죄
2. 「형법」 제25장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
3. 「형법」 제32장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
4. 「형법」 제38장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도죄
5. 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 살인, 제2호의 상해 및 폭행 및 제5호의 폭력 등의 경우에는 사망하거나 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제1항의 치료기간은 관할 검·경찰 기관에 피해 입증을 위해 제출한 서류(진단서 또는 상해진단서, 법원의 판결문 등)에 기재된 향후 치료의견을 기초로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 노동쟁의

제4조(보험금 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행), 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명 및 피의자와 피보험자의 관계를 알 수 있는 서류)
2. 의사진단서
3. 기타관련 증빙서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니

다.

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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

33. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

33-1. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장의 보험가입금액

- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2021년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일,
보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회

사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 - 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영

수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

33-2. 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(요양병원)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

- 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34. 간병인사용 일반상해입원비 II (1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

34-1. 간병인사용 일반상해입원비 II (요양병원, 한방병원 및 의원제외) (1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관

계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 한방병원 및 의원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장의 보험가입금액

- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로

- 로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
 - ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카

- 이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34-3. 간병인사용 일반상해입원비(한방병원및의원)(1일이상180일한도) (비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원 및 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 한방병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 한방병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 한방병원 및 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 한방병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지

않습니다.

35. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일 이상 180일 한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 상해의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 보장에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할수있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원에 입원하여 치료를 받으며 "간호·간병통합서비스"를 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 이 보장의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(이하 '입원비'라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 질병 관련 특별약관 】

1. 질병사망보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우에는 회사는 아래의 금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병사망보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘질병사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제

5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 질병3%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 아래의 금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병3%이상후유장해보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 동일한 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하

는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 기형을 남긴 장해(지급률5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 그 팔의 손목이상을 잃은 경우(지급률70%)에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 70%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 65%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

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

제3조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 질병50%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 **【별표1】** (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병50%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병50%이상후유장해보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에

확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 동일한 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 발생한 후유장해보험금을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 적용합니다.

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병50%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 질병80%이상후유장해보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병80%이상 후유장해보험금	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

5. 암진단비(유사암제외) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성

신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

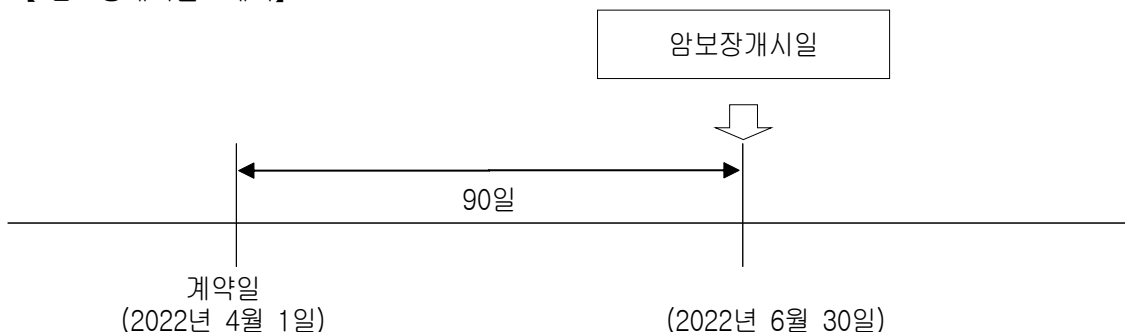
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암진단비 (유사암제외)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

6. 암진단비(유사암제외)(체증형) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

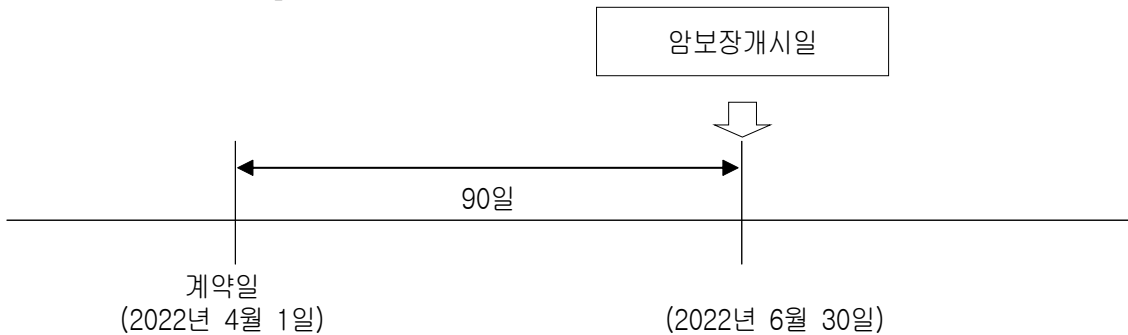
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)(체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상 3년 미만	계약일로부터 3년 이상 5년 미만	계약일로부터 5년 이상
암진단비 (유사암제외) (체증형)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%	이 특약 보험가입금액 의 150%	이 특약 보험가입금액 의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(체증형)를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(체증형)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

7. 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은 **【별표2】(악성신생물(암) 분류표)**에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련

암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】

상피세포층(epithelium)		
점막고유층 (lamina propria)	①	▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)	②	
점막하층 (submucosa)		

(: 악성종양세포 침범깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 한국표준질병·사인분류의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세

바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑦ 제6항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

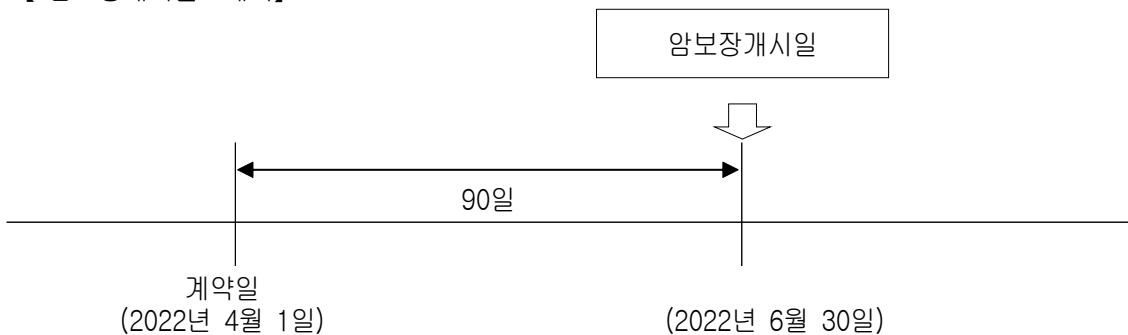
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암및특정소액암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암진단비 (유사암및특정 소액암제외)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암(유사암및특정소액암제외)”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따른

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

8. 유사암진단비 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성 신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정된 경우에는 회사는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래의 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
유사암진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

9. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관

제1조(“갑상선암(초기제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “갑상선암(초기제외)”라 함은 제2항에서 정한 “갑상선암” 중에서 제3항에서 정한 “초기갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “초기갑상선암”이라 함은 다음 각 호 모두에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 제2항에서 정한 “갑상선암” 중 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)에 해당할 것
 2. 병리학적으로 암 종양의 크기가 최대 2.0cm이하로서 갑상선 내부에 한정될 것
 3. 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암일 것
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “갑상선암(초기제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암(초기제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선암(초기제외)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
갑상선암(초기제외)진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “갑상선암(초기제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우

에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“갑상선암(초기제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선암(초기제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

10. 중증갑상선암진단비 특별약관

제1조(“중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ 이 특약에 있어 “중증갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “갑상선암”중에서 “갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)” 또는 “갑상선 역형성암(Undifferentiated, Anaplastic Thyroid Cancer)”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “중증갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

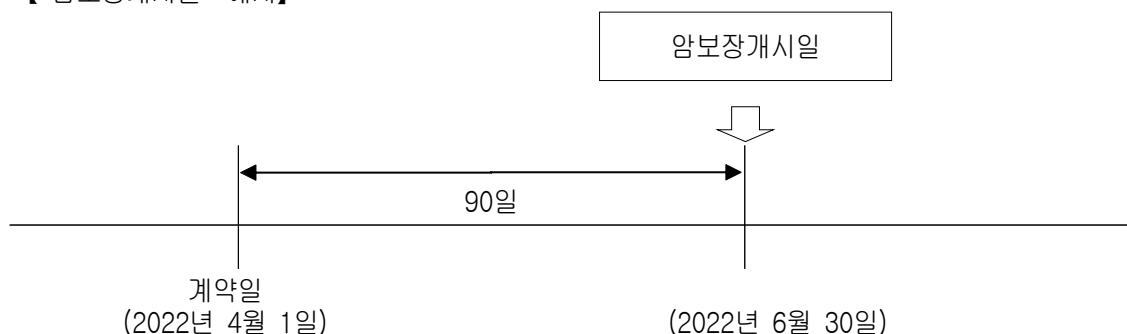
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “중증갑상선암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
중증갑상선암 진단비	-	보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “중증갑상선암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “중증갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “중증갑상선암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “중증갑상선암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중증갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증갑상선암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중증갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

11. 고액치료비암진단비 특별약관

제1조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “고액치료비암”이라 함은 【별표23】(고액치료비암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “고액치료비암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

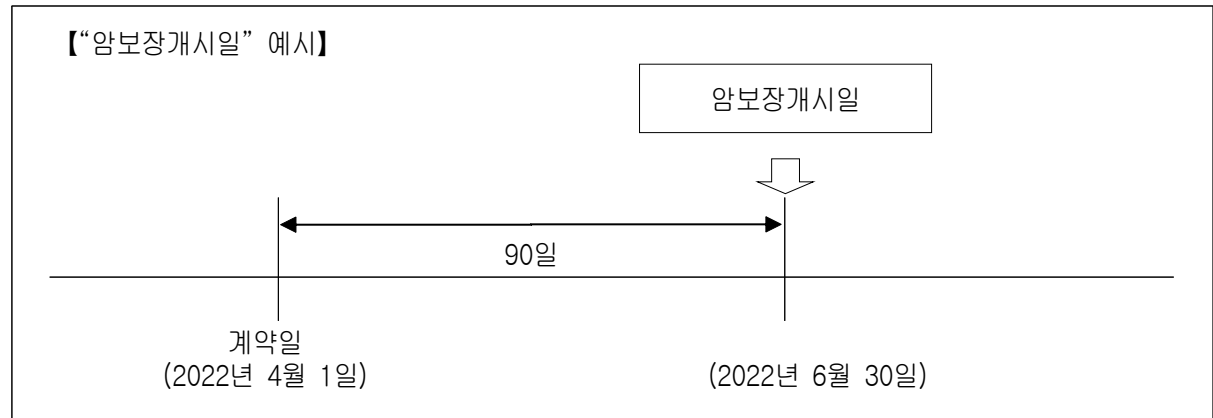
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “고액치료비암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
고액치료비암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “고액치료비암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 “암보장개시일” 전일 이전에 “고액치료비암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 고액치료비암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

12. 시니어다발암진단비 특별약관

제1조(“시니어다발암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “시니어다발암”이라 함은 【별표41】(시니어다발암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “시니어다발암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “시니어다발암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

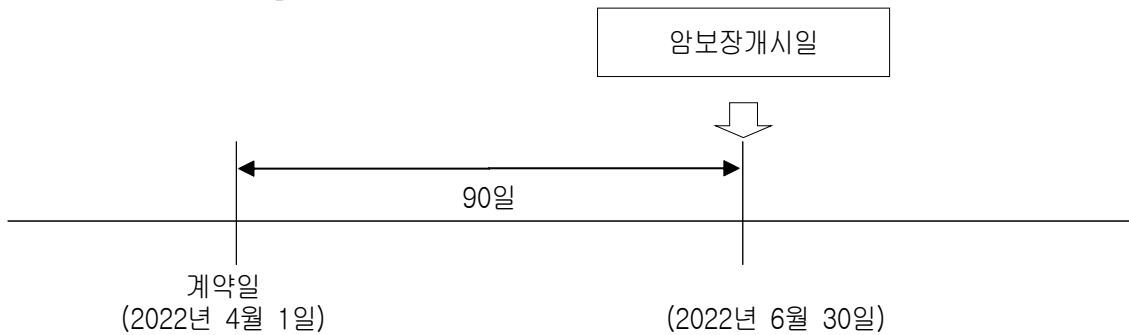
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “시니어다발암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 시니어다발암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 1년이상
시니어다발암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “시니어다발암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “시니어다발암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 시니어다발암진단비를 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “시니어다발암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “시니어다발암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 시니어다발암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“시니어다발암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “시니어다발암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 시니어다발암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

13. 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비 특별약관

제1조(“남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”이라 함은 【별표67】(남성생식기관련(전립선,음경,고환)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

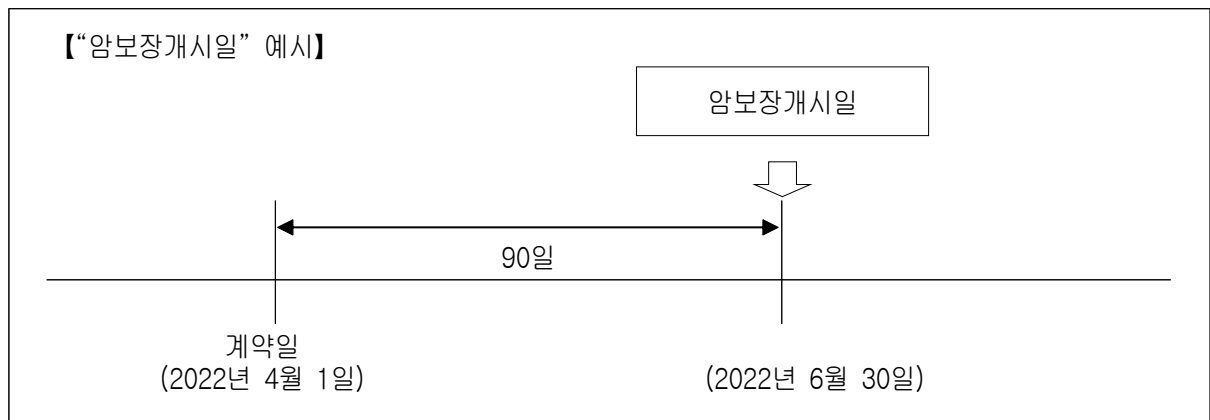
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
남성생식기관련 (전립선,음경,고환) 암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “남성생식기관련(전립선,음경,고환)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 남성생식기관관련(전립선,음경,고환)암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

14. 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비 특별약관

제1조(“여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”이라 함은 【별표68】(여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의 학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

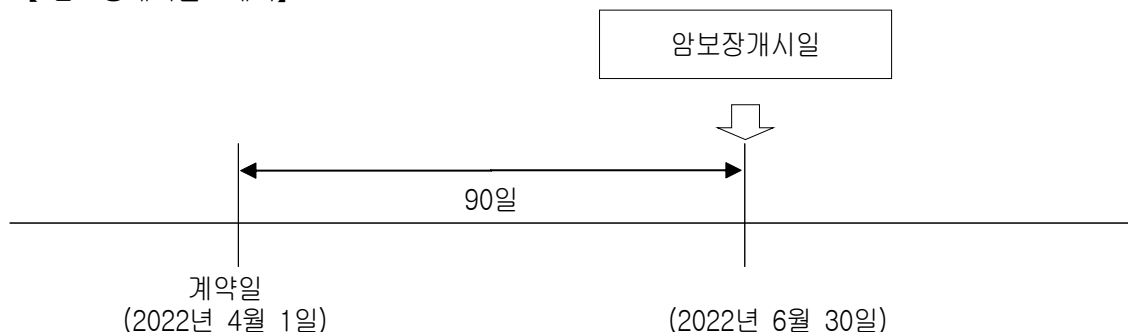
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
여성특정 (유방,자궁,난소,외음,질, 태반)암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

15. 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암진단비 특별약관

제1조(“비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”이라 함은 【별표69】(비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비뇨기관(신장, 방광, 요관)암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

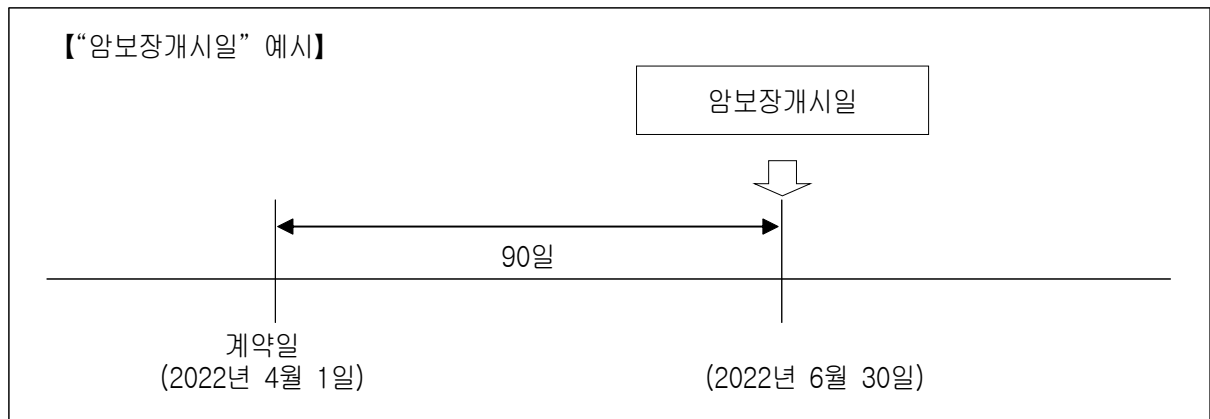
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
비뇨기관(신장,방광,요관) 암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“비뇨기관(신장,방광,요관)암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “비뇨기관(신장,방광,요관)암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

16. 위암 및 식도암 진단비 특별약관

제1조(“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “위암 및 식도암”이라 함은 【별표70】(위암 및 식도암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C80.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ③ “위암 및 식도암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위암 및 식도암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

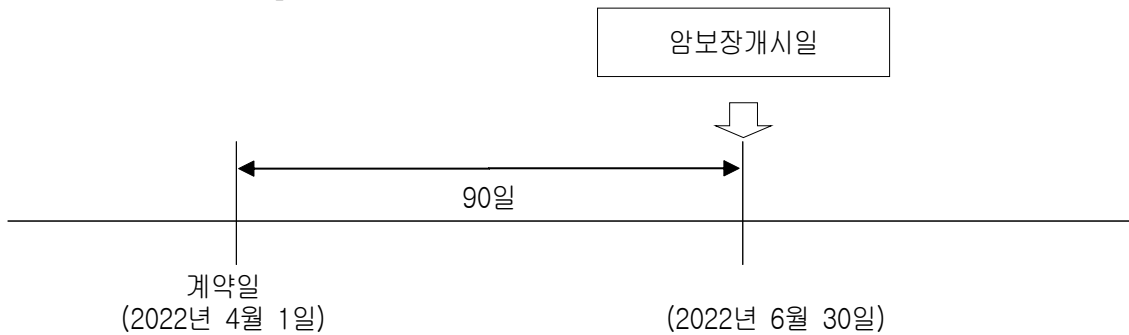
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “위암 및 식도암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 위암 및 식도암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
위암 및 식도암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “위암 및 식도암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “위암 및 식도암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “위암 및 식도암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “위암 및 식도암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암 및 식도암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“위암 및 식도암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “위암 및 식도암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 위암 및 식도암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

17. 소장암·대장암 및 항문암 진단비 특별약관

제1조(“소장암·대장암 및 항문암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “소장암·대장암 및 항문암”이라 함은 【별표71】(소장암·대장암 및 항문암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “소장암·대장암 및 항문암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

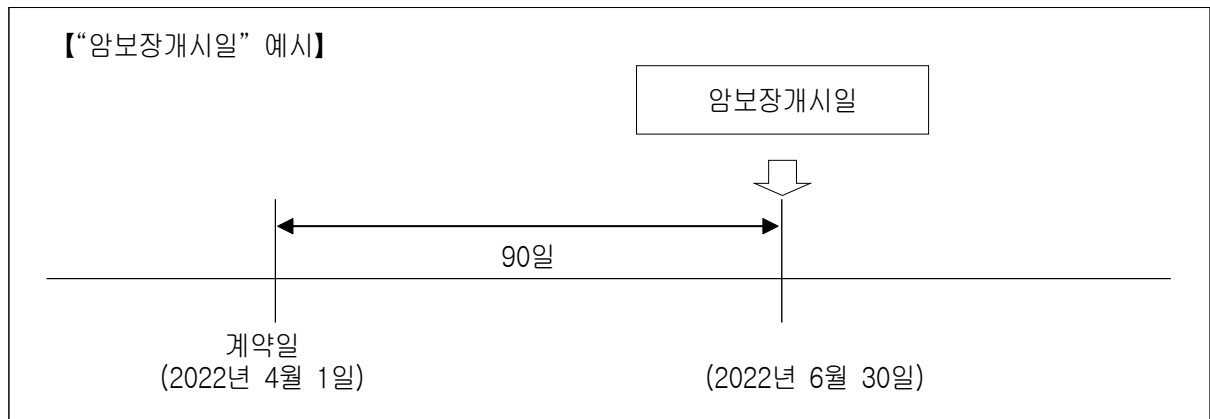
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 소장암·대장암 및 항문암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
소장암·대장암 및 항문암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “소장암·대장암 및 항문암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “소장암·대장암 및 항문암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소장암·대장암 및 항문암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “소장암·대장암 및 항문암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소장암·대장암 및 항문암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“소장암·대장암 및 항문암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “소장암·대장암 및 항문암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 소장암·대장암 및 항문암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

18. 간암 · 담낭암 · 기타담도암 및 췌장암 진단비 특별약관

제1조(“간암 · 담낭암 · 기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”이라 함은 【별표72】(간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C80.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ③ “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

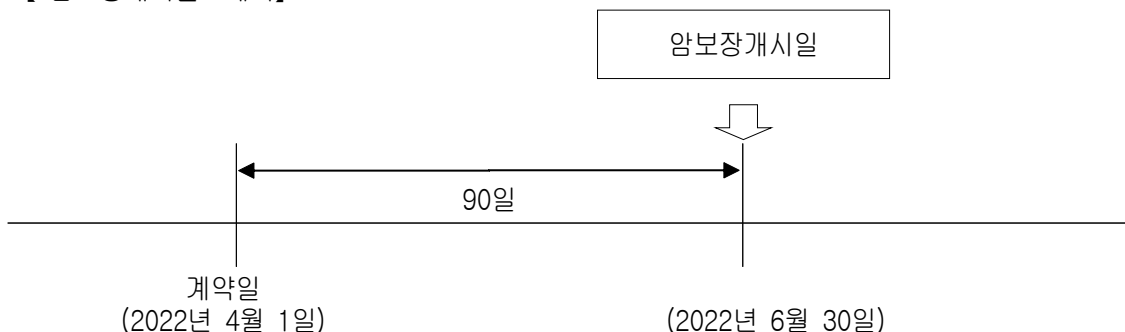
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

19. 심장암 및 뇌암 진단비 특별약관

제1조(“심장암 및 뇌암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “심장암 및 뇌암”이라 함은 【별표73】(심장암 및 뇌암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “심장암 및 뇌암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “심장암 및 뇌암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

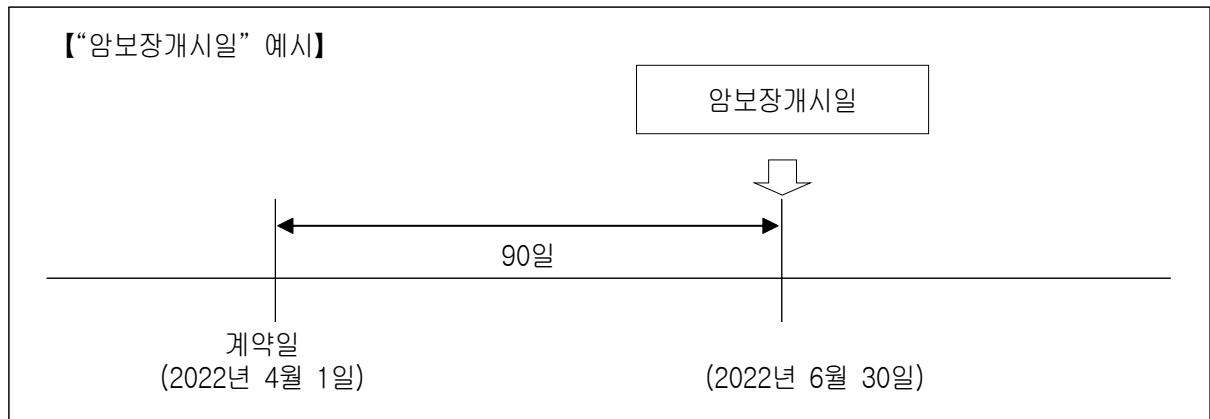
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “심장암 및 뇌암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장암 및 뇌암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장암 및 뇌암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “심장암 및 뇌암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “심장암 및 뇌암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장암 및 뇌암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “심장암 및 뇌암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “심장암 및 뇌암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장암 및 뇌암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장암 및 뇌암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “심장암 및 뇌암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장암 및 뇌암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

20. 호흡기암진단비 특별약관

제1조(“호흡기암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “호흡기암”이라 함은 【별표74】(호흡기암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정

준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

③ “호흡기암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “호흡기암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

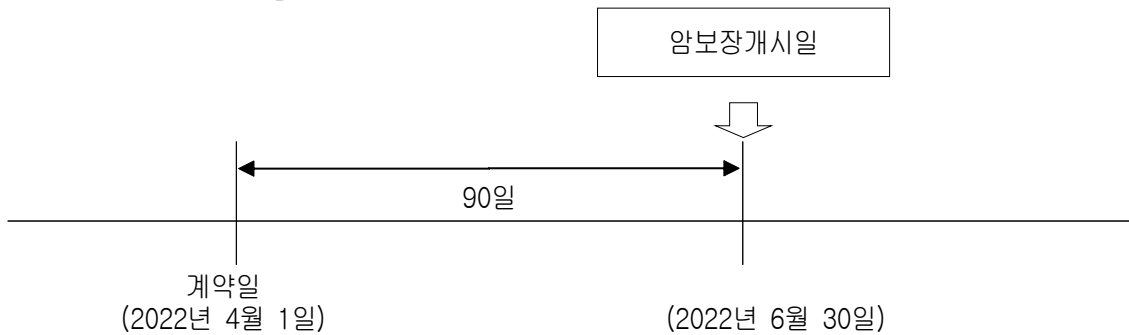
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암보장개시일” 이후에 “호흡기암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 호흡기암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
호흡기암진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “호흡기암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “호흡기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기암진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “호흡기암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “호흡기암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 호흡기암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“호흡기암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “호흡기암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 호흡기암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

21. 림프종 및 백혈병 관련암 진단비 특별약관

제1조(“림프종 및 백혈병 관련암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “림프종 및 백혈병 관련암”이라 함은 **【별표75】**(림프종 및 백혈병 관련암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “림프종 및 백혈병 관련암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

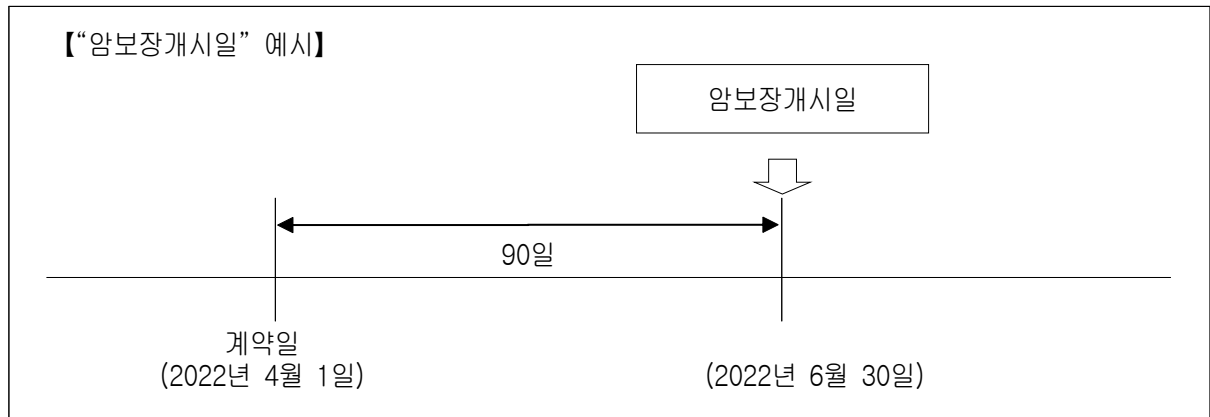
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 “암 보장개시일” 이후에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 림프종 및 백혈병 관련암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이하	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
림프종 및 백혈병 관련암 진단비	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “림프종 및 백혈병 관련암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “림프종 및 백혈병 관련암” 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프종 및 백혈병 관련암 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “림프종 및 백혈병 관련암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프종 및 백혈병 관련암 진단비를 지급한 경

우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.

- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“림프종 및 백혈병 관련암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “림프종 및 백혈병 관련암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 림프종 및 백혈병 관련암 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

22. 통합형암진단비(유사암제외) 특별약관

통합형 암진단비(유사암제외) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형암진단비 (위암 및 식도암)
2. 통합형암진단비 (간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암)
3. 통합형암진단비 (폐 관련암)
4. 통합형암진단비 (심장암 및 뇌암)
5. 통합형암진단비 (특정소화기관암)
6. 통합형암진단비 (림프종 및 백혈병관련암 II)
7. 통합형암진단비 (유방암 및 남녀생식기 관련 암)
8. 통합형암진단비 (4대특정암)
9. 통합형암진단비 (12대특정암)

제1조(“통합형암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “통합형암”이라 함은 다음의 제1호 내지 제9호에서 정의하고 있는 암을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.
1. “위암 및 식도암”이라 함은 【별표70】(위암 및 식도암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 2. “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”이라 함은 【별표72】(간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 3. “폐 관련암”이라 함은 【별표96】(폐 관련암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 4. “심장암 및 뇌암”이라 함은 【별표73】(심장암 및 뇌암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 5. “특정소화기관암”이라 함은 【별표102】(특정소화기관암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 6. “림프종 및 백혈병 관련암 II”이라 함은 【별표98】(림프종 및 백혈병 관련암 II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 7. “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

8. “4대특정암”이라 함은 【별표99】(4대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니

다.

9. “12대특정암”이라 함은 【별표100】 (12대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C80.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ③ “위암 및 식도암”, “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”, “폐 관련암”, “심장암 및 뇌암”, “특정소화기관암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “유방암 및 남녀생식기 관련 암”, “4대특정암” 또는 “12대특정암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “위암 및 식도암”, “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”, “폐 관련암”, “심장암 및 뇌암”, “특정소화기관암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “유방암 및 남녀생식기 관련 암”, “4대특정암” 또는 “12대특정암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

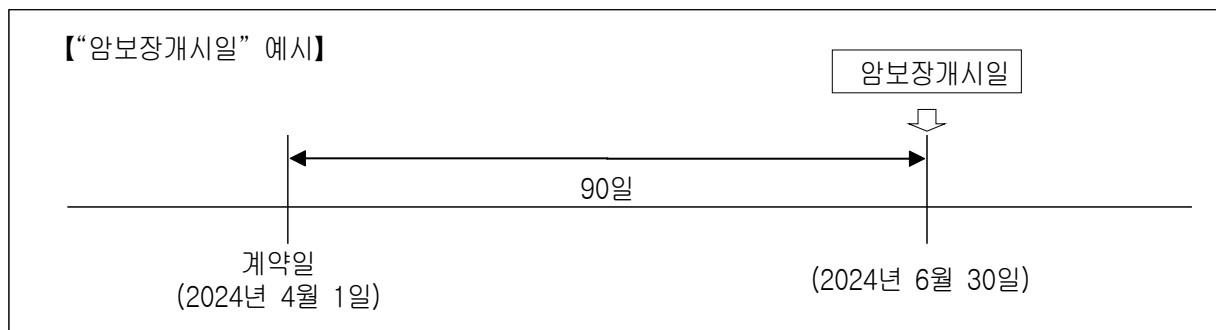
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “통합형암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 “암구분”에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합형암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	암구분	지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
통합형암진단 비(유사암제외)	위암및식도암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	간암,담낭암,기타담도 암 및췌장암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	폐관련암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	심장암및뇌암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정소화기관암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	림프종및백혈병관련암 II	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	유방암및남녀생식기 관련암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	4대특정암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	12대특정암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“통합형암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합형암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 제1항에서 정한 “암보장개시일”이후에 사망하고, 그 후에 “통합형암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 암구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일”전일 이전에 “통합형암”으로 진단이 확정된 경우는

제외합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일”의 전일 이전에 “통합형암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “위암 및 식도암”, “간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암”, “폐 관련암”, “심장암 및 뇌암”, “특정소화기관암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “유방암 및 남녀생식기 관련 암”, “4대특정암” 또는 “12대특정암”에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “통합형암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

23. 통합형전이암진단비 특별약관

통합형전이암진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형전이암진단비(림프절 전이암)
2. 통합형전이암진단비(간 및 간내담관 전이암)
3. 통합형전이암진단비(종격·흉막·신경계통 전이암)
4. 통합형전이암진단비(뇌 및 뇌막 전이암)
5. 통합형전이암진단비(폐 관련 전이암)
6. 통합형전이암진단비(골·골수·복막 전이암)
7. 통합형전이암진단비(특정소화기관 전이암)
8. 통합형전이암진단비(특정전이암 I)
9. 통합형전이암진단비(특정전이암 II)

제1조(“통합형전이암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “통합형전이암”이라 함은 다음의 제1호 내지 제9호에서 정의하고 있는 전이암을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.
 1. “림프절 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 림프절 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 2. “간 및 간내담관 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 간 및 간내담관 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 3. “종격·흉막·신경계통 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 종격·흉막·신경계통 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 4. “뇌 및 뇌막 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 뇌 및 뇌막 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. “폐 관련 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 폐 관련 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 6. “골·골수·복막 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 골·골수·복막 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 7. “특정소화기관 전이암”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 특정소화기관 전이암으로 분류되는 질병을 말합니다.
 8. “특정전이암 I”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 특정전이암 I으로 분류되는 질병을 말합니다.
 9. “특정전이암 II”이라 함은 【별표104】(통합형전이암 분류표)에서 정한 특정전이암 II로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “림프절 전이암”, “간 및 간내담관 전이암”, “종격·흉막·신경계통 전이암”, “뇌 및 뇌막 전이암”, “폐 관련 전이암”, “골·골수·복막 전이암”, “특정소화기관 전이암”, “특정전이암 I”, “특정전이암 II”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한

결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “림프절 전이암”, “간 및 간내담관 전이암”, “종격·흉막·신경계통 전이암”, “뇌 및 뇌막 전이암”, “폐 관련 전이암”, “골·골수·복막 전이암”, “특정소화기관 전이암”, “특정전이암Ⅰ”, “특정전이암Ⅱ”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

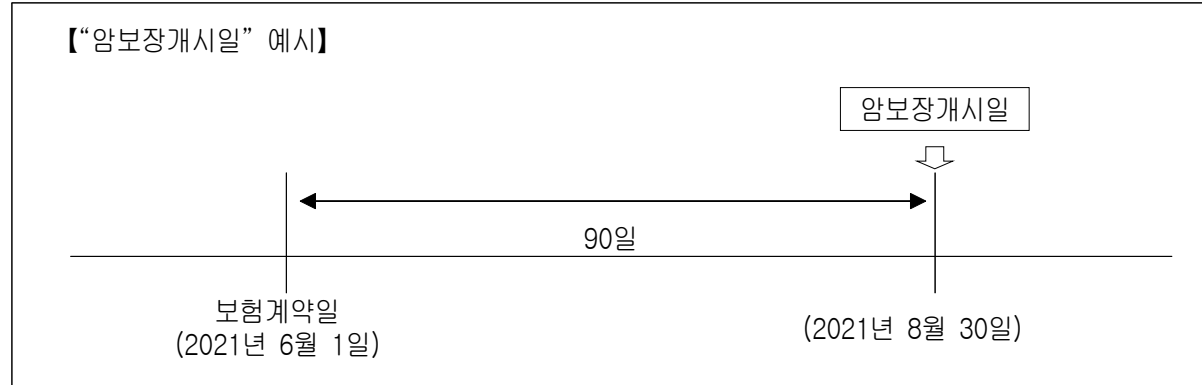
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “통합형전이암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 “암구분”에 따라 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 통합형전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
통합형전이암진단비	림프절 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	간 및 간내담관 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	종격·흉막·신경계통 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	뇌 및 뇌막 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	폐 관련 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	골·골수·복막 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정소화기관 전이암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정전이암Ⅰ	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	특정전이암Ⅱ	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“통합형전이암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “통합형전이암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② 피보험자가 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 사망하고, 그 후에 “통합형전이암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “통합형전이암”으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “통합형전이암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “림프절 전이암”, “간 및 간내담관 전이암”, “종격·흉막·신경계통 전이암”, “뇌 및 뇌막 전이암”, “폐 관련 전이암”, “골·골수·복막 전이암”, “특정소화기관 전이암”, “특정전이암Ⅰ”, “특정전이암Ⅱ”에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “통합형전이암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

24. 뇌혈관질환진단비 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년이상
뇌혈관질환 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

25. 뇌혈관질환진단비(체증형) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비(체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상 3년 미만	계약일로부터 3년 이상 5년 미만	계약일로부터 5년이상
뇌혈관질환 진단비 (체증형)	이 특약 보험가입금액 의 5%	이 특약 보험가입금액 의 50%	이 특약 보험가입금액 의 100%	이 특약 보험가입금액 의 150%	이 특약 보험가입금액 의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(체증형)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비(체증형)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

26. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에만 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

27. 뇌출혈진단비 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “뇌출혈”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표12】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의

- 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

28. 통합형뇌관련진단비 특별약관

통합형 뇌관련진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형뇌관련진단비 (뇌출혈)
2. 통합형뇌관련진단비 (뇌졸중(뇌출혈제외))
3. 통합형뇌관련진단비 (기타뇌혈관질환)

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다) 있어서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“뇌졸중(뇌출혈제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌졸중(뇌출혈제외)”이라 함은 【별표105】(뇌졸중(뇌출혈제외 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중(뇌출혈제외)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중(뇌출혈제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중(뇌출혈제외)임이 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“기타뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “기타뇌혈관질환”이라 함은 【별표106】(기타뇌혈관질환 분류표)에서 정한 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 기타뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 기타뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 기타뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “기타뇌혈관질환”으로 진단 확정된 경우에 회사는 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합형뇌관련진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
통합형뇌관 련진단비	뇌출혈	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	뇌졸중(뇌출혈제외)	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	기타뇌혈관질환	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “기타뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합형뇌관관련진단비(뇌출혈), 통합형뇌관관련진단비(뇌졸중(뇌출혈제외)), 통합형뇌관관련진단비(기타뇌혈관질환)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “뇌출혈”, “뇌졸중(뇌출혈제외)”, “기타뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실은 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

29. 허혈성심장질환진단비 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제

외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

30. 허혈성심장질환진단비(체증형) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비(체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상 3년 미만	계약일로부터 3년 이상 5년 미만	계약일로부터 5년이상
허혈성심장질환 진단비 (체증형)	이 특약 보험가입금액 의 5%	이 특약 보험가입금액 의 50%	이 특약 보험가입금액 의 100%	이 특약 보험가입금액 의 150%	이 특약 보험가입금액 의 200%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비(체증형)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비(체증형)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

31. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

32. 통합형심장관련진단비 특별약관

통합형 심장관련진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합형심장관련진단비 (협심증)
2. 통합형심장관련진단비 (급성심근경색증)
3. 통합형심장관련진단비 (기타허혈성심장질환)

제1조(“협심증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “협심증”이라 함은 제8차 개정 한 국표준질병·사인분류 중 분류번호 I20(협심증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 협심증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 협심증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 협심증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“기타허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “기타허혈성심장질환”이라 함은 【별표107】(기타허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 기타허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥

(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 기타허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 기타허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “협심증”, “급성심근경색증”, “기타허혈성심장질환”으로 진단 확정된 경우에 회사는 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통합형심장관련진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
통합형심장 관련진단비	협심증	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	급성심근경색증	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
	기타허혈성심장질환	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “협심증”, “급성심근경색증”, “기타허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 구분에 따라 해당하는 진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합형심장관련진단비(협심증), 통합형심장관련진단비(급성심근경색증), 통합형심장관련진단비(기타허혈성심장질환)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “협심증”, “급성심근경색증”, “기타허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실은 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

다.

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.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

33. 심장질환(특정 I)진단비 특별약관

제1조(“심장질환(특정 I)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정 I)”이라 함은 【별표 35】(심장질환(특정 I) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정 I)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정 I)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정 I)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정 I)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정 I)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정 I)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정 I) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개

사실 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정Ⅰ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정Ⅰ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅰ)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정Ⅰ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅰ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정Ⅰ)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

34. 심장질환(특정Ⅱ)진단비 특별약관

제1조(“심장질환(특정Ⅱ)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정Ⅱ)”이라 함은 【별표 36】(심장질환(특정Ⅱ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정Ⅱ)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영

술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정 II)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정 II)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정 II)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정 II)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정 II)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정 II) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정 II)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정 II)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정 II)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정 II)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정 II)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정 II)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정 II)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정 II)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니

다.

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.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

35. 심장질환(특정Ⅲ)진단비 특별약관

제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정Ⅲ)”이라 함은 【별표 37】(심장질환(특정Ⅲ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정Ⅲ)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정Ⅲ)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정Ⅲ)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정Ⅲ)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정Ⅲ)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정Ⅲ)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정Ⅲ) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개

시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정Ⅲ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급하여 드립니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅲ)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅲ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정Ⅲ)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

36. 심장질환(특정Ⅳ)진단비 특별약관

제1조(“심장질환(특정Ⅳ)”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장질환(특정Ⅳ)”이라 함은 【별표 38】(심장질환(특정Ⅳ) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심장질환(특정Ⅳ)”의 진단 확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영

술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “심장질환(특정Ⅳ)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 “심장질환(특정Ⅳ)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심장질환(특정Ⅳ)”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심장질환(특정Ⅳ)”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장질환(특정Ⅳ)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심장질환(특정Ⅳ) 진단비	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심장질환(특정Ⅳ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심장질환(특정Ⅲ)”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅳ)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅳ)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심장질환(특정Ⅳ)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심장질환(특정Ⅳ)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심장질환(특정Ⅳ)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

다.

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.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

37. 간경변증진단비 특별약관

제1조(“간경변증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “간경변증”이라 함은 【별표15】(간경변증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “간경변증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 “간경변증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “간경변증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 간경변증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
간경변증진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “간경변증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“간경변증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “간경변증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 간경변증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

38. 중등도이상 만성신부전증진단비 특별약관

제1조(“중등도이상 만성신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등도이상 만성신부전증”이라 함은 단백뇨가 지속적으로 나오거나 혈뇨와 같은 신장손상의 증거가 있는 등 3개월 이상 지속적으로 신장기능이 저하된 상태로 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 N18(만성 신장병)에 해당하는 질병 중에서 3개월 이상 추정 사구체 여과율(eGFR : estimated Glomerular Filtration rate)이 분당 60mL 미만의 만성신장병으로 진단을 받은 경우를 말합니다.
- ② “중등도이상 만성신부전증”의 진단확정은 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로 폐쇄 징후 등을 확인한 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “중등도이상 만성신부전증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등도이상 만성신부전증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상 만성신부전증진단비로

보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
중등도이상 만성신부전증 진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등도이상 만성신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성신부전증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성신부전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등도이상 만성신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등도이상 만성신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중등도이상 만성신부전증진단비에 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

39. 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관

제1조(“중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”이라 함은 【별표16】(만성폐쇄성폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 진단 확정되고, 폐활량 측정법 검사 결과 다음의 기준에 해당하여야 합니다. 단, 폐기능 검사성적은 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 만성폐쇄성폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
 1. 기관지 확장제를 투여한 폐활량 측정법으로 FVC, FEV1을 측정하여 1초간 FEV1/FVC이 0.70미만
 2. 1초간 노력성 호기량(FEV1) 검사가 지속적으로 정상예측치의 80% 미만
- ② “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 정기적인 흉부X선 소견 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록과 같은 문서화된 기록 또는 폐기능 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
중등도이상 만성폐쇄성폐질환 진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미

경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등도이상 만성폐쇄성폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등도이상 만성폐쇄성폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

40. 중등도이상 폐렴진단비 특별약관

제1조(“중등도이상 폐렴”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)”이라 함은 【별표42】(폐렴 분류표)에서 정한 질병으로 진단 확정되고, PSI(Pneumonia Severity Index : 폐렴중등도 지표) 점수(【별표43】(폐렴중등도 지표 점수 산정) 참조)가 71점 이상인 경우를 말합니다.
- ② “중등도이상 폐렴”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 정기적인 흉부X선 소견 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록과 같은 문서화된 기록 또는 폐기능 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “중등도이상 폐렴”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등도이상 폐렴”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
중등도이상 폐렴진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등도이상 폐렴”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 폐렴진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 폐렴진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등도이상 폐렴”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등도이상 폐렴”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 중등도이상 폐렴진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

41. 말기간경화진단비 특별약관

제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 말기간경화로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
말기간경화진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “말기간경화”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “말기간경화”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기간경화”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 말기간경화진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

42. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표8 2】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 말기신부전증으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
말기신부전증 진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “말기신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “말기신부전증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기신부전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

43. 말기폐질환진단비 특별약관

제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표 83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한

말기폐질환으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
말기폐질환진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “말기폐질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

44. 6대희귀난치성질환진단비 특별약관

제1조(“6대희귀난치성질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “6대희귀난치성질환”이라 함은 아래 【별표17】(6대희귀난치성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “6대희귀난치성질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “6대희귀난치성질환”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 6대희귀난치성질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
6대희귀난치성질환진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “6대희귀난치성질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 6대희귀난치성질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 6대희귀난치성질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“6대희귀난치성질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “6대희귀난치성질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 6대희귀난치성질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니

다.

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.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

45. 통풍진단비 특별약관

제1조(“통풍”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “통풍”이라 함은 【별표26】(통풍 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “통풍”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “통풍”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “통풍”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
통풍진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “통풍”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에

규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“통풍”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “통풍”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“통풍”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “통풍”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

46. 대상포진진단비 특별약관

제1조(“대상포진”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “대상포진”이라 함은 【별표27】(대상포진 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “대상포진”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “대상포진”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “대상포진”으로 진단확정된 경우에 회사는 최

초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
대상포진진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “대상포진”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“대상포진”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대상포진”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“대상포진”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대상포진”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

47. 대상포진눈병진단비 특별약관

제1조(“대상포진눈병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “대상포진눈병”이라 함은 【별표 28】(대상포진눈병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “대상포진눈병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “대상포진눈병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “대상포진눈병”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
대상포진눈병진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “대상포진눈병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“대상포진눈병”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대상포진눈병”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“대상포진눈병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대상포진눈병”을 직접적인 원인으로 사망한

사실이 확인된 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

48. 특정류마티스관절염진단비 특별약관

제1조(“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “특정류마티스관절염”이라 함은 제1호와 제2호를 모두 만족하여야 합니다. 다만, 퇴행성 골관절염 등의 골관절염은 제외합니다.
1. “특정류마티스관절염”이라 함은 【별표44】(특정류마티스관절염 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
 2. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 하며, 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 아세틸살리실산 제제 등 비스테로이드성 항염제는 제외합니다. 다만, 임상학적으로 류마티스 관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 못한 경우에는 ‘가’ 또는 ‘나’에 해당됨을 증명할만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.
 - 가. 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
 - 나. 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우
- ② 제1항의 “특정류마티스관절염”의 진단확정은 해당 분야(류마티스내과 등) 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “특정류마티스관절염”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 특정류마티스관절염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
특정류마티스관절염진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “특정류마티스관절염”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정류마티스관절염진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정류마티스관절염진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“특정류마티스관절염”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정류마티스관절염”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정류마티스관절염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

49. 요로결석진단비 특별약관

제1조(“요로결석”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “요로결석”이라 함은 【별표45】(요로결석 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “요로결석의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “요로결석”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

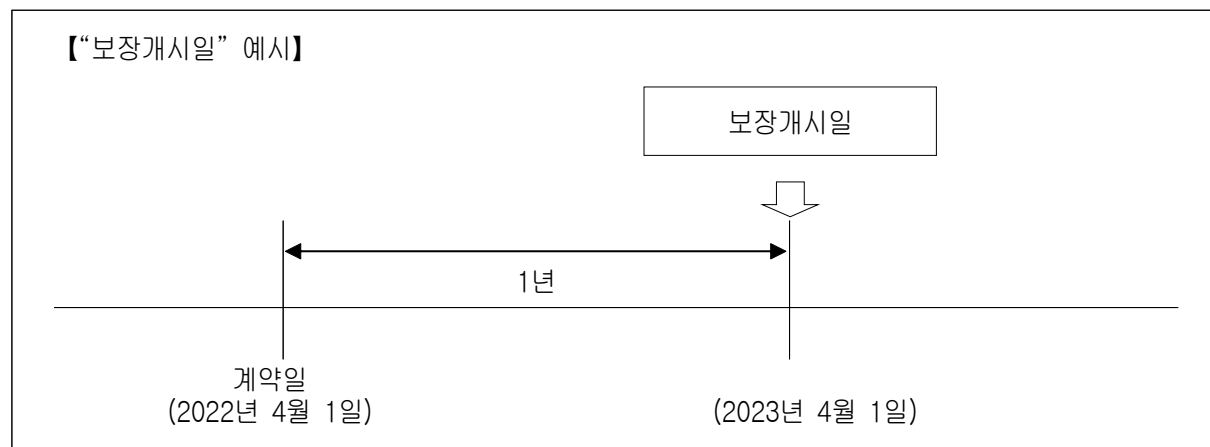
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “요로결석”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 요로결석진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
요로결석진단비	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “요로결석”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. (이하 “보장개시일”이라 합니다)



- ② 피보험자가 “요로결석”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비를 지급합니다. 다만, “보장개시일” 전일 이전에 “요로결석”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“요로결석”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “요로결석”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“요로결석”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “요로결석”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 요로결석진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “요로결석”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

50. 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(“위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」이라 함은 【별표84】(위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 「위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)」으로 진단확정되었을 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
위·십이지장및대장양성종양 (폴립포함)진단비(연간1회)	보험가입금액 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (사고증명서(진료비계산서, 진단서(폴립의 경우 내시경검사결과지로 대체 가능), 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

51. 욕창진단비 특별약관

제1조(“욕창”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “욕창”이라 함은 【별표53】(욕창 분류표)에서 정한 욕창계양 및 압박부위를 말합니다.
- ② 제1항의 욕창계양 및 압박부위란 신체에 일정한 부위에 압력 혹은 마찰과 응전력이 결합한 압력이 지속적 또는 반복적으로 가해짐으로써 모세혈관의 순환장애로 인한 허혈성 조직 괴사로 생기는 피부나 하부조직의 손상상태를 의미합니다.
- ③ 제1항의 “욕창”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “욕창”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “욕창”으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 욕창진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
육창진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “육창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 육창진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“육창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “육창”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 육창진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“육창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “육창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 육창진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

52. 욕창중등증이상진단비(3,4단계) 특별약관

제1조(“중등증이상 욕창”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중등증이상 욕창”이라 함은 【별표54】(중등증이상 욕창 분류표)에서 정한 욕창궤양 및 압박부위 제3단계와 욕창궤양 및 압박부위 제4단계를 말합니다.
- ② 제1항의 욕창궤양 및 압박부위 제3단계란 밑에 있는 근막까지 확장된 피하조직의 괴사와 손상을 포함한 전층 피부손실을 동반한 욕창(압박)궤양을 의미합니다.
- ③ 제1항의 욕창궤양 및 압박부위 제4단계란 근육, 뼈, 또는 지지구조(즉, 힘줄 또는 관절낭)의 괴사를 동반한 욕창(압박)궤양을 의미합니다.
- ④ 제1항의 “중등증이상 욕창”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “중등증이상 욕창”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중등증이상 욕창”으로 진단확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 욕창중등증이상진단비(3,4단계)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
욕창중등증이상진단비 (3,4단계)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “중등증이상 욕창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 욕창중등증이상진단비(3,4단계)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“중등증이상 욕창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등증이상 욕창”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 욕창중등증이상진단비(3,4단계)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“중등증이상 욕창”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중등증이상 욕창”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 욕창중등증이상진단비(3,4단계)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

53. 심방세동및조동진단비 특별약관

제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심방세동 및 조동”이라 함은 【별표 108】(심방세동 및 조동 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “심방세동 및 조동”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도 혹은 심조율 기록지, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “심방세동 및 조동”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사 방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “심방세동 및 조동”이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심방세동 및 조동”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 아래의 금액을 심방세동및조동진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
심방세동및조동진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “심방세동 및 조동”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심방세동및조동진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심방세동 및 조동”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심방세동및조동진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“심방세동 및 조동”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “심방세동 및 조동”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 심방세동및조동진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

54. 갑상선기능저하증진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「갑상선기능저하증」이라 함은 【별표109】(갑상선기능저하증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 선천성 요오드결핍증후군 및 선천성 갑상선기능저하증은 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항의 「갑상선기능저하증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선자극 호르몬(TSH) 검사, 유리 싸이록신(free T4) 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선기능저하증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한, 회사가 「갑상선기능저하증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 「갑상선기능저하증」으로 진단 확정되었을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선기능저하증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년미만	보험계약일로부터 1년이상
갑상선기능저하증진단비	보험가입금액 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “갑상선기능저하증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선기능저하증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“갑상선기능저하증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “갑상선기능저하증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 갑상선기능저하증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

55. 뇌전증진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌전증”이라 함은 【별표110】(뇌전증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “뇌전증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 “뇌전증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 “뇌전증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌전증”으로 진단 확정되는 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
뇌전증진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌전증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

56. 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “일과성뇌허혈발작”이라 함은 【별표 111】(일과성뇌허혈발작 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 일과성 완전기억상실(G45.4), 신생아의 신생아뇌허혈(P91.0), 뇌출혈 및 뇌경색증(I60~I63), 뇌전증(G40), 편두통(G43), 실신 및 허탈(R55)은 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항의 “일과성뇌허혈발작”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 의학적으로 “일과성뇌허혈발작”으로 인정되는 병력·신경학적 검진 및 뇌영상검사 등 해당 질병의 진단을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가로 정해집니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 “일과성뇌허혈발작”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “일과성뇌허혈발작”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “일과성뇌허혈발작”으로 진단 확정되는 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일과성뇌허혈발작진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만 진단확정시	보험계약일로부터 1년 이상 진단확정시
일과성뇌허혈발작진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “일과성뇌허혈발작”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 일과성뇌허혈발작진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “일과성뇌허혈발작”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 일과성뇌허혈발작진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않

습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“일과성뇌허혈발작”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “일과성뇌허혈발작”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 일과성뇌허혈발작진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

57. 혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관

57-1.혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(최초1회한) 보장

제1조(“뇌경색증(I63)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “뇌경색증(I63)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌경색증(I63)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 보장의 보험기간 중 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘뇌경색증(I63)’의 치료를 직접적인 목

적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “뇌경색증(I63)”으로 진단확정되고, 그 “뇌경색증(I63)”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (뇌경색증(I63)) (최초1회한)	이 보장의 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

57-2. 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(최초1회한) 보장

제1조(“급성심근경색증(I21)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “급성심근경색증(I21)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증(I21)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 보장의 보험기간 중 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘급성심근경색증(I21)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 “급성심근경색증(I21)”으로 진단확정되고, 그 “급성심근경색증(I21)”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우 회사는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (급성심근경색증(I21)) (최초1회한)	이 보장의 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

58. 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관

58-1. 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(연간1회한) 보장

제1조(“뇌경색증(I63)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “뇌경색증(I63)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌경색증(I63)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각

호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 보장의 보험기간 중 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘뇌경색증(I63)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제1조(“뇌경색증(I63)”)의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌경색증(I63)으로 진단 확정되고, 그 뇌경색증(I63)의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(“혈전용해치료”의 정의)에서 정한 혈전용해치료를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(뇌경색증(I63))(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (뇌경색증(I63)) (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “혈전용해치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로

봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

58-2. 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(연간1회한) 보장

제1조(“급성심근경색증(I21)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에 있어서 “급성심근경색증(I21)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증(I21)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 보장의 보험기간 중 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 보장에서 ‘혈전용해치료’라 함은 의사가 ‘급성심근경색증(I21)’의 치료를 직접적인 목적으로 ‘혈전용해제’를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 ‘혈전용해제’라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제1조(“급성심근경색증(I21)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 급성심근경색증(I21)으로 진단 확정되고, 그 급성심근경색증(I21)의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(“혈전용해치료”의 정의)에서 정한 혈전용해치료를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비(급성심근경색증(I21))(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
혈전용해치료비 (급성심근경색증(I21)) (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액 100%

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “혈전용해치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

59. 갑상선기능항진증치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(“갑상선기능항진증” 및 “갑상선기능항진증치료”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “갑상선기능항진증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 E05(갑상선독증[갑상선기능항진증])에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 갑상선기능항진증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타관계법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가

진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “갑상선기능항진증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

- ③ “갑상선기능항진증치료”라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 갑상선절제술을 받은 경우

: 이 특약에 있어서 “갑상선절제술”이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 “갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)” 및 “갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)”을 말합니다.

2. 방사선요오드 치료를 받은 경우

3. 항갑상선제를 60일 이상 처방받은 경우

【방사선요오드 치료】

주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료

【항갑상선제】

주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

제2조(“수술”의 정의와 장소)

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “감상선기능항진증”으로 진단 확정되고 “감상선기능항진증치료”를 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 감상선기능항진증 치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
감상선기능항진증치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타관계법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 감상선기능항진증치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

60. 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

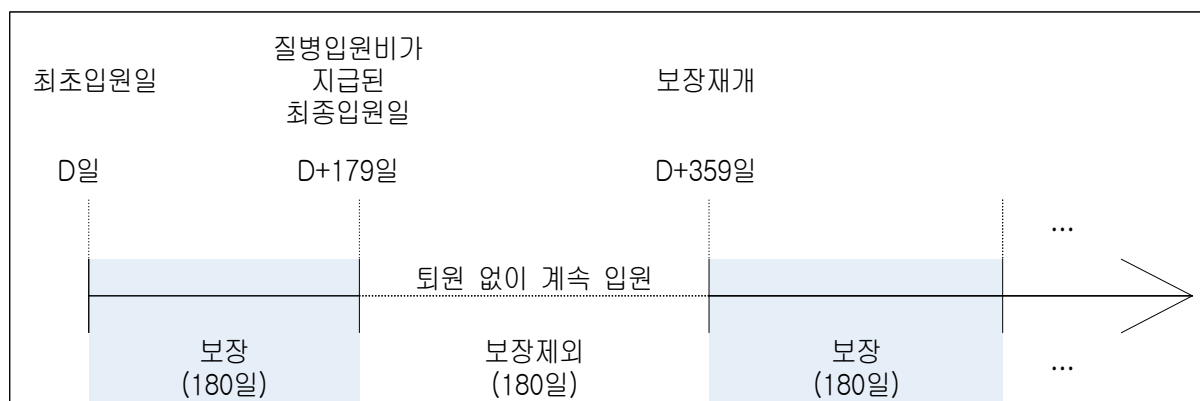
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “질병입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

61. 질병입원비(1일 이상 20일 한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

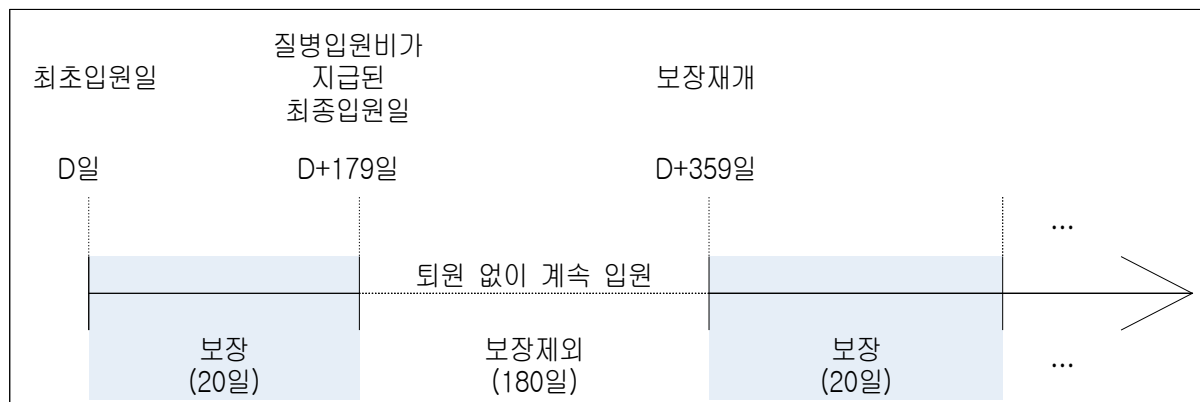
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일 당 아래의 금액을 질병입원비(1일 이상 20일 한도)(이하 “질병입원비”라 합니다)로 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원비 (1일이상20일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 20일을 최고한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

62. 종합병원질병입원비(1일 이상 180일 한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의 3(종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

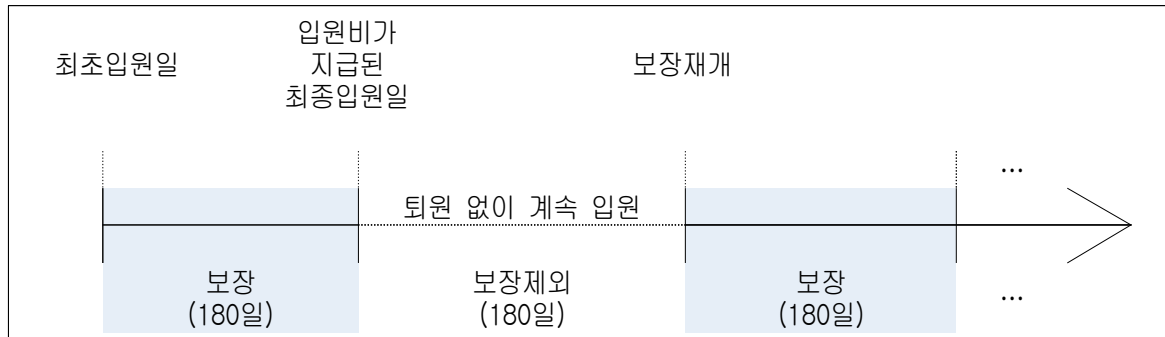
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적

인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”로 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

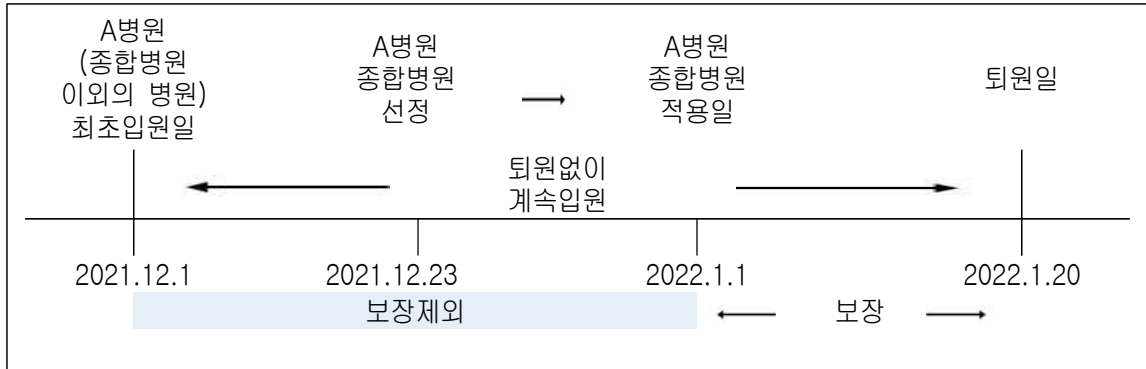
구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
종합병원질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

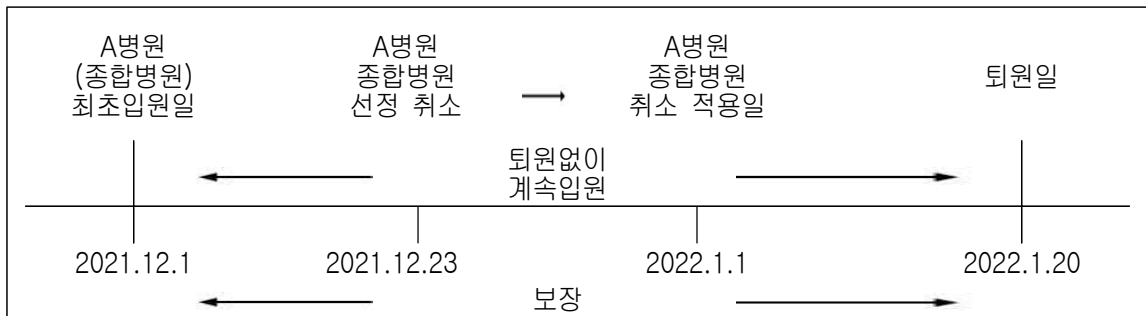
- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)〔별표122〕(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

63. 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

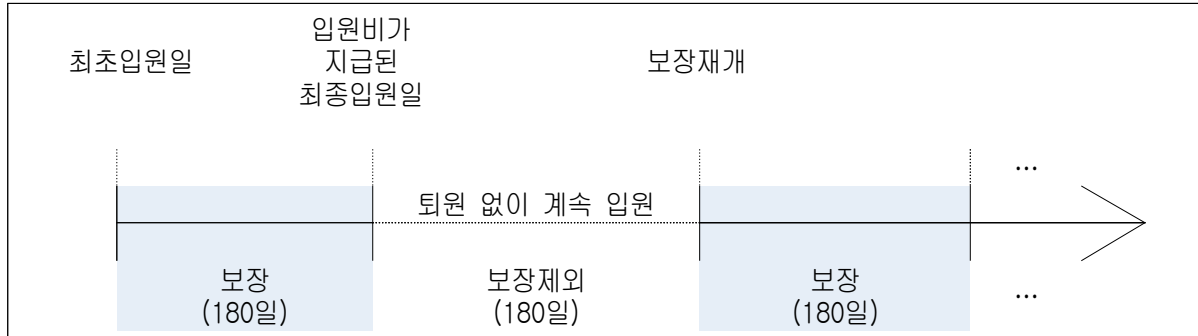
제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 보험가입금액을 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”로 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

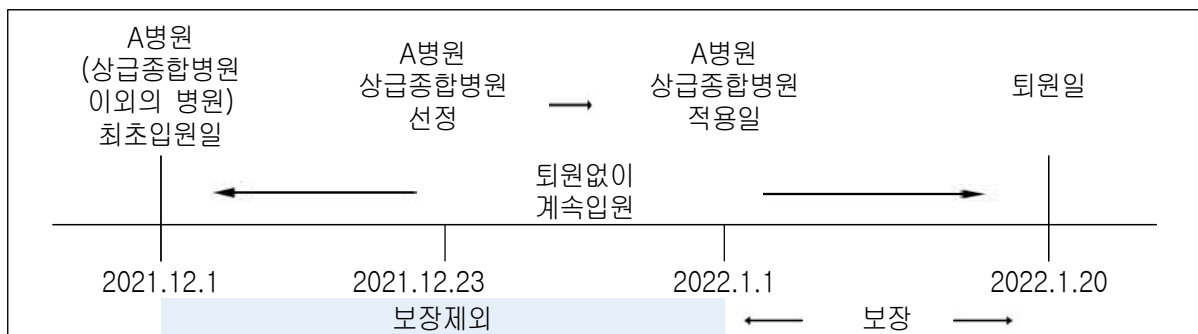
구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
상급종합병원질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

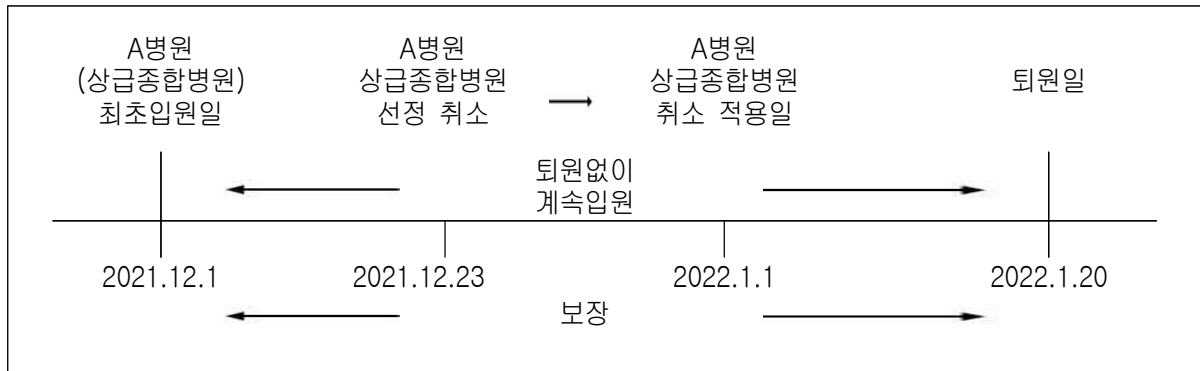
- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 입원비를 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 입원비를 지급합니다.



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

64. 질병중환자실입원비(1일 이상 180일 한도) 특별약관

제1조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표7】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

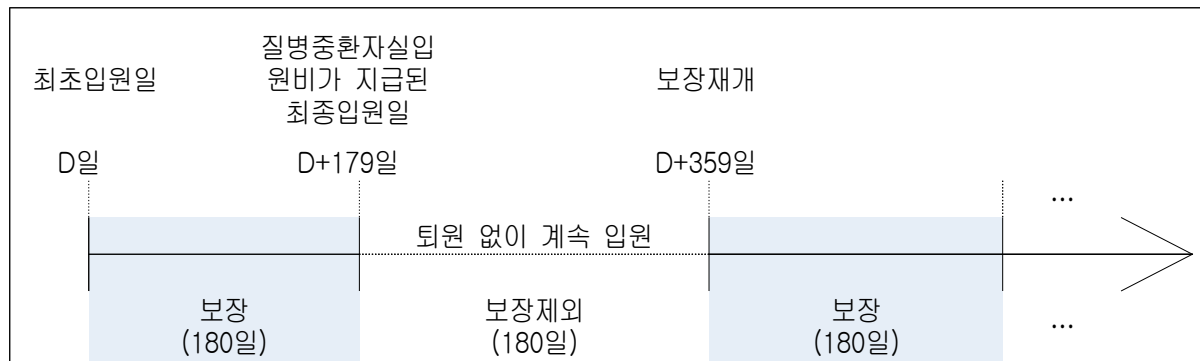
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 질병중환자실입원비(1일 이상 180일 한도)(이하 “질병중환자실입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병중환자실입원비 (1일 이상 180일 한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의

계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

65. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이

진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단 확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자

리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

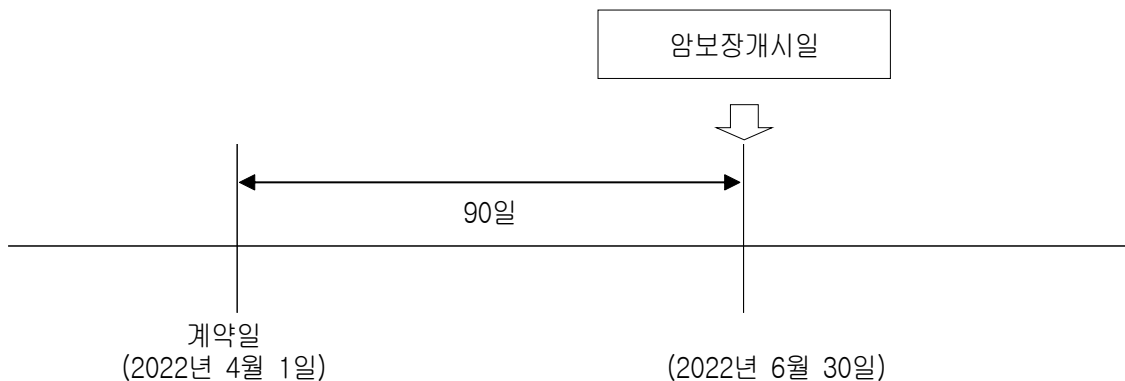
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하였을 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” “갑상선암” “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약 보험가입금액의 10%		1일당 이 특약 보험가입금액의 20%

제5조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

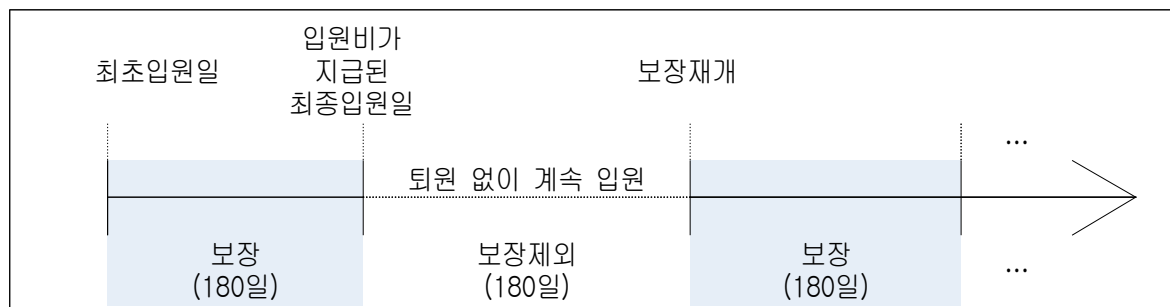
- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암”의 보장개시일 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

- ③ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암 등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

66. 요양병원암입원비(1일 이상 90일 한도) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단

확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)으로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

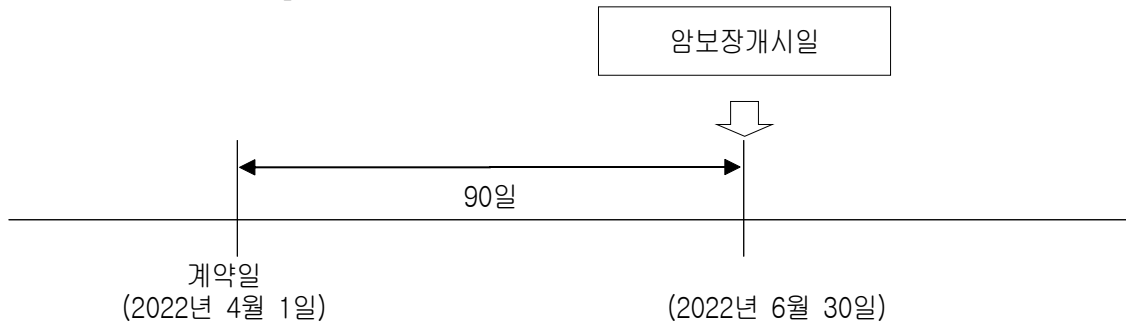
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “암 등의 질병”으로 진단확정되고 그 “암 등의 질병”으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 경우에 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 요양병원암입원비(1일이상90일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 1년이상
“암”으로 입원시	-	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” “갑상선암” “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	1일당 이 특약 보험가입금액의 10%		1일당 이 특약 보험가입금액의 20%

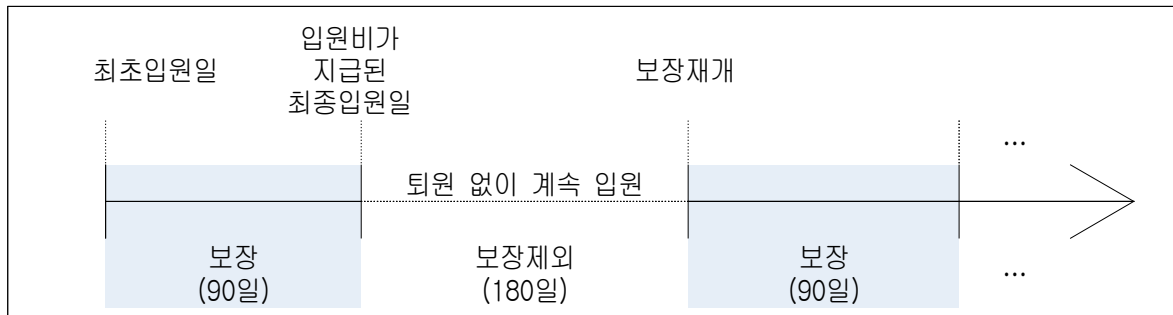
제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암 등의 질병”으로 인하여 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이더라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 입원비의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 90일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 입원비를 지급하며 입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원비를 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

67. 암중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“중환자실”의 정의)

이 특약에서 “중환자실”이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”(【별표7】(의료기관의 시설규격)참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제3조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “암 등의 질병”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 “암 등의 질병”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

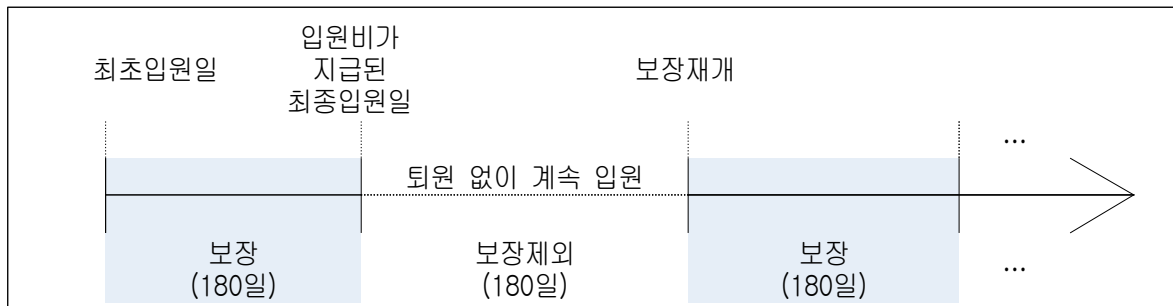
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정되고 그 “암 등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 암중환자실입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암중환자실입원비 (1일이상180일한도)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 “암 등의 질병”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “암 등의 질병”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 “암 등의 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의

계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

68. 상급종합병원암직접치료통원비 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이

진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단 확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

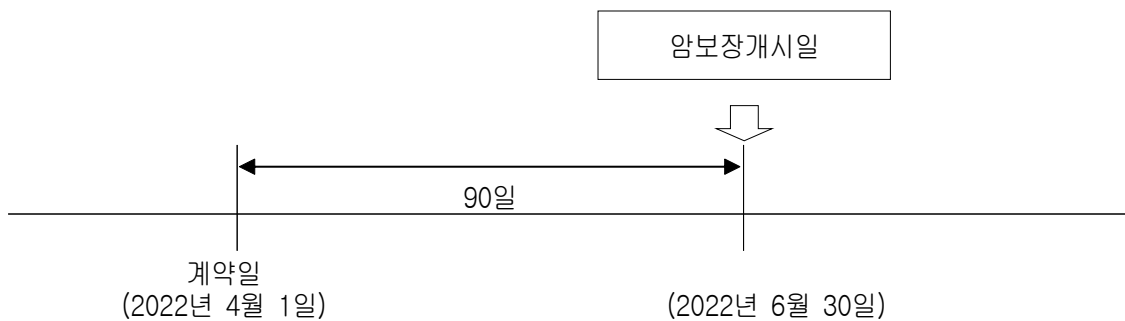
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암 보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 통원1회당 아래의 금액을 상급종합병원암직접치료통원비(이하 “통원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하며 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“암”으로 통원시 (통원1회당)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
“기타피부암” “갑상선암” “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 통원시 (통원1회당)	이 특약 보험가입금액의 50%		이 특약의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암”의 보장개시일 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.

- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

69. 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암)분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”

의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

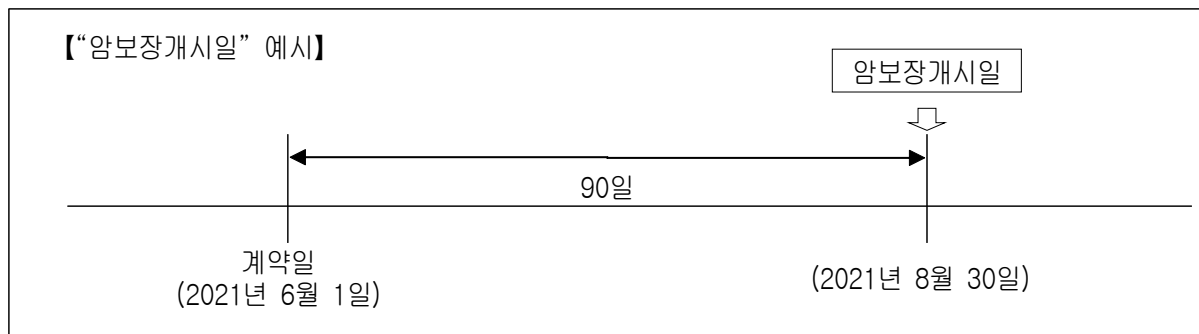
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (연간30회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

70. 암직접치료통원비(연간10회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료

3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

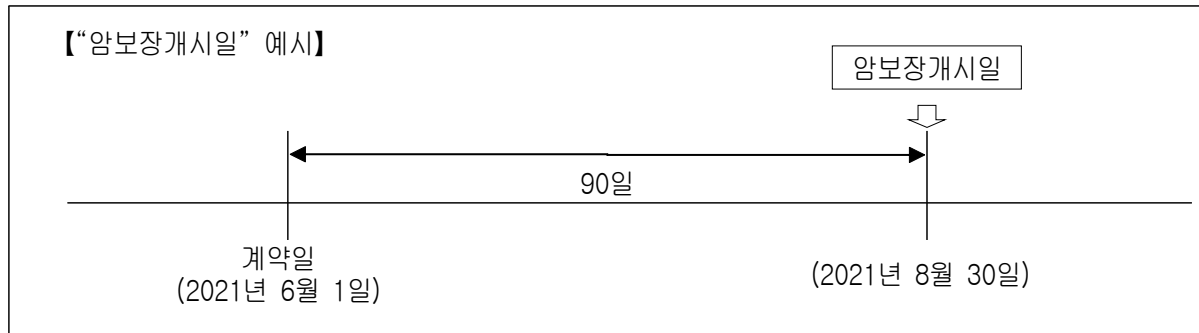
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (연간10회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

71. 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

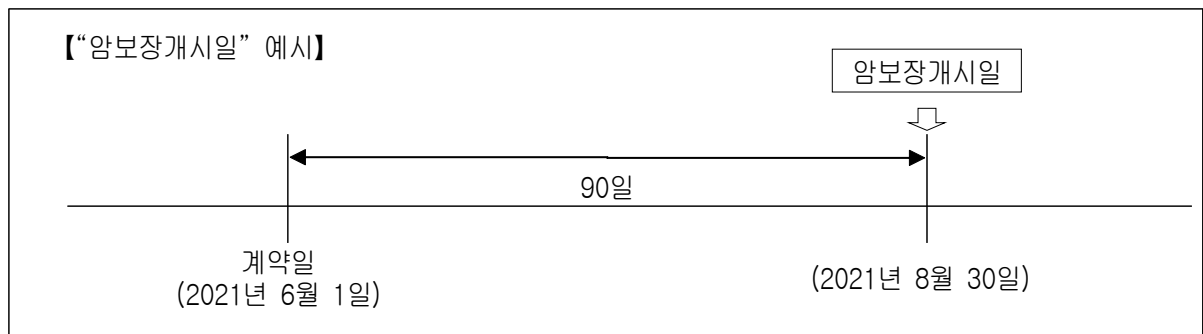
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (종합병원) (연간30회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

72. 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

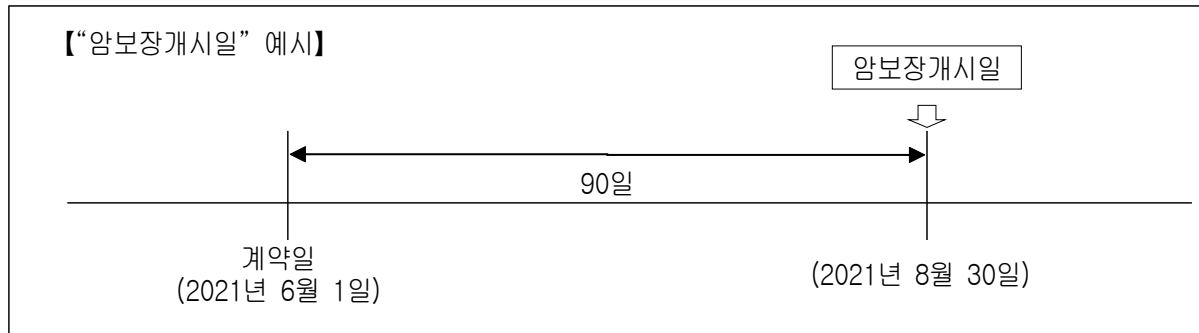
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (종합병원) (연간10회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

73. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정) (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

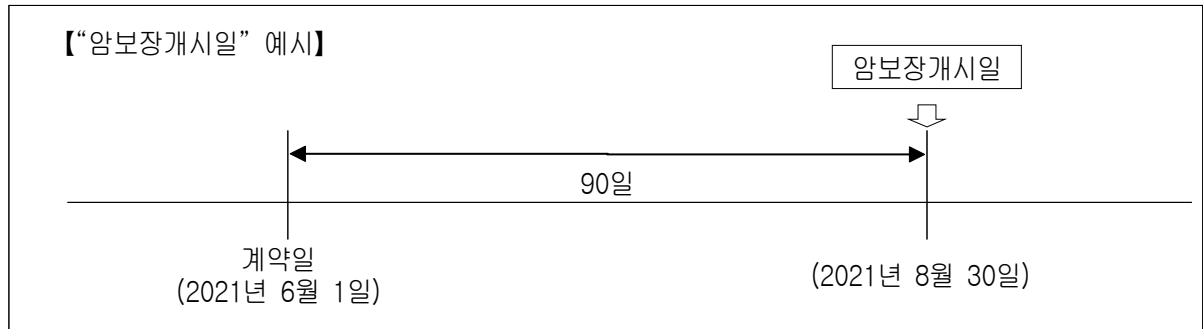
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

74. 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상선암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”(이하 “암 등의 질병”이라 합니다)의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “암 등의 질병”의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “암 등의 질병”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “암 등의 질병”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “암 등의 질병”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “암 등의 질병”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억

- 제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 “기타피부암”, “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암”의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양” 으로 진단 확정되고 그 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 “암구분”별 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

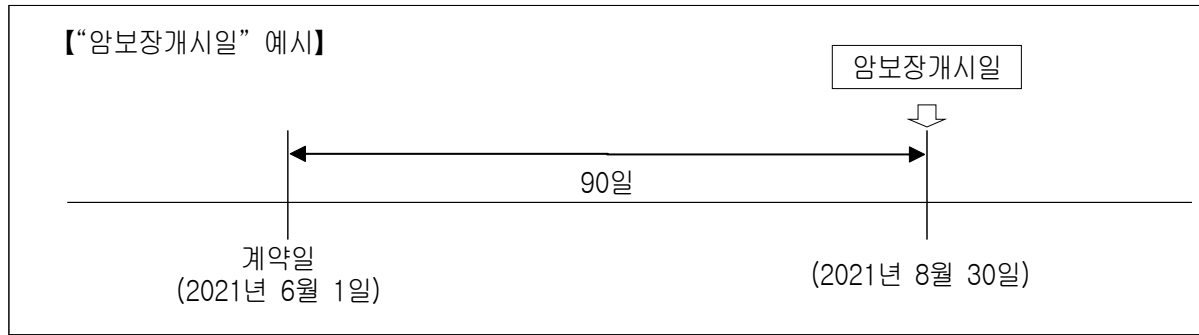
구분	암구분	지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 90일 초과 1년 미만
암직접치료통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	유사암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종

양”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



- ② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

75. 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “뇌출혈”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌출혈”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 “뇌출혈”의 경우에는 이는 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “뇌출혈”로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “뇌출혈”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

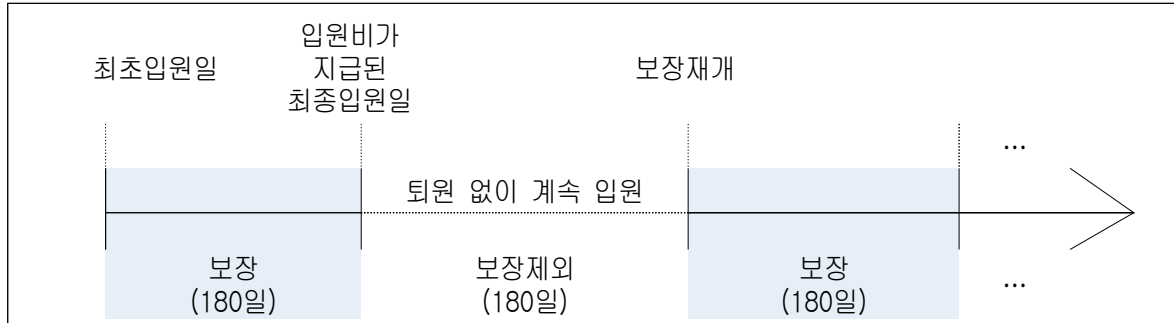
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정되고 그 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈직접치료 입원비(1일이상 180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 “뇌출혈”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “뇌출혈”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 “뇌출혈”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

76. 뇌졸중통원비(연간30회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

77. 뇌졸중통원비(연간10회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야

하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

78. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

79. 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

80. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수

- 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

81. 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

82. 뇌혈관질환통원비(연간30회한) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

83. 뇌혈관질환통원비(연간10회한) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표122】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후

유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사

가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

84. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는

경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

- 우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

85. 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보

험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

86. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

87. 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “뇌혈관질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

88. 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사 면허를 가진 자(이하

“의사”라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에서 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단확정된 “급성심근경색증”의 경우에는 이는 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 진단확정된 동일한 “급성심근경색증”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 “급성심근경색증”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

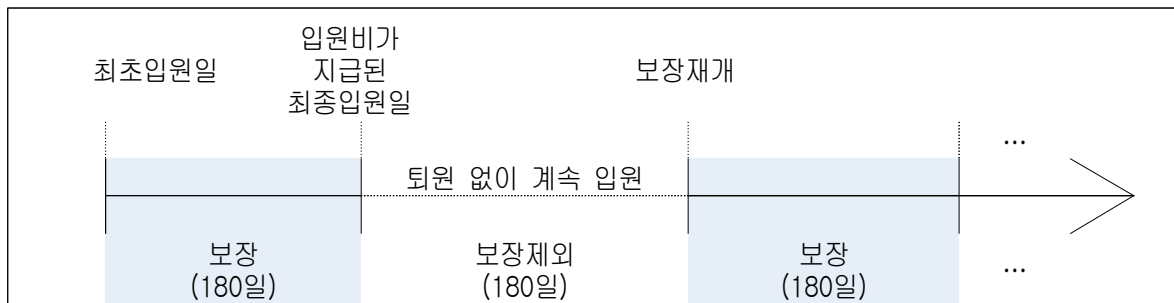
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하였을 경우에는 회사는 입원일로부터 입원일수 1일당 아래의 금액을 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(이하 “입원비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 “급성심근경색증”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 “급성심근경색증”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 “급성심근경색증”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중

보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속적인 입원기간에 대하여는 180일을 한도로 입원비는 계속 보장하여 드립니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

89. 급성심근경색증통원비(연간30회한) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

90. 급성심근경색증통원비(연간10회한) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

91. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의

하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

92. 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

93. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

94. 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료

및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

95. 허혈성심장질환통원비(연간30회한) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

96. 허혈성심장질환통원비(연간10회한) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사

가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

97. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

98. 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조3(종합병원)(【별표 122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 종합병원(이하 “종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 종합병원이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 지정이 취소된 경우 종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

99. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의

어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 30회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(이하 ‘통원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (상급종합병원) (연간30회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

100. 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(“통원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조4(상급종합병원의 지정)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 상급종합병원(이하 “상급종합병원”이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 진단이 된 “허혈성심장질환”의 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 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에 회사는 연간 10회 한도로 통원1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(이하 '통원비'라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 하여 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원비 (상급종합병원) (연간10회한)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 통원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 상급종합병원의 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 통원비를 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

101. 특정전염병 II 입원비(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(“특정전염병 II”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “특정전염병 II”이라 함은 【별표34】(특정전염병 II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 단, 제1항에서 정한 질병 중 제8차 한국표준질병사인분류의 ‘U07.1’은 응급 사용을 위하여 세계보건기구의 지시에 의해 즉시 사용될 수 있는 분류항목군에 수록되어, 이후 세계보건기구의 추가적인 결정에 따라 다른 대분류상의 특정 코드로 변경 되는 경우에는 변경된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

제2조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 “특정전염병 II”의 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “특정전염병 II”의 치료를 직접적인 목적으로 입원이란 의사에 의해 “특정전염병 II”으로 진단 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 진단확정된 “특정전염병 II”의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “특정전염병 II”을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “특정전염병 II”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “특정전염병 II”으로 진단 확정된 경우에는 이는 “특정전염병 II”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “특정전염병 II”으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

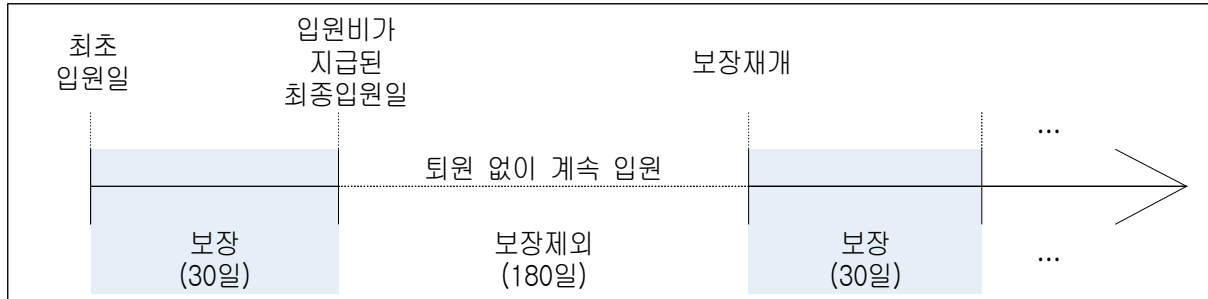
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “특정전염병 II”으로 진단 확정되고, 그 “특정전염병 II”의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에 회사는 입원일로부터 입원 1일당 아래의 보험가입금액을 특정전염병 II 입원비(1일이상30일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정전염병 II 입원비 (1일이상30일한도)	1일당 이 특약 보험가입금액의 50%	1일당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 “특정전염병 II”의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 동일한 “특정전염병Ⅱ”에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “특정전염병Ⅱ”의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

102. 질병수술비 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다..
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ② 회사는 제1항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환

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, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

103. 질병수술비(백내장제외) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저 (Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저 (Laser) 수술인 경우는 제외합니다..
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 백내장은 제외합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 질병수술비(백내장제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (백내장제외)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항의 “백내장”이란 【별표11-5】 (백내장분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(백내장제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장제외)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험

금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥혈전증(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 백내장분류표(【별표11-5】(백내장분류표) 참조)에서 정한 백내장
- ② 회사는 제1항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 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, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄니다)

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

104. 질병수술비(백내장및대장용종제외) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내류브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 백내장 및 대장용종은 제외합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(백내장및대장용종제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (백내장및대장용종제외)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항의 “백내장”이란 【별표11-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제1항의 “대장용종”이란 【별표112】(대장용종 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(백내장및대장용종제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장및대장용종제외)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유

- 로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 백내장 분류표(【별표11-5】(백내장 분류표))에서 정한 백내장
 10. 대장 양성종양 및 폴립(【별표112】(대장용종 분류표) 참조)의 내시경적 절제술
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

105. 질병수술비(특정다빈도8대질병제외) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병(단, 특정다빈도8대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (특정다빈도8대질병제외)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항의 “특정다빈도8대질병”이란 **【별표113】** (특정다빈도8대질병 분류표)에서 정한 백내장, 대장용종, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장장애로 분류되는 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(**【별표122】** (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유

- 로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 특정다빈도8대질병 분류표(【별표113】(특정다빈도8대질병 분류표))에서 정한 백내장, 대장용종, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장해
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

106. 질병수술비(종합병원) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(“종합병원”의 정의)에서 정한 종합병원에서 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비(종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(종합병원)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 수술비(종합병원)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62,K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항

([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환

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, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

107. 질병수술비(상급종합병원) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병수술비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (상급종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(“상급종합병원”의 정의)

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

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 질병수술비(상급종합병원)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(상급종합병원)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62,K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생

한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 고골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

108. 질병1~5종수술비Ⅲ 특별약관

질병1~5종수술비Ⅲ 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1종수술비Ⅲ 보장
2. 질병2종수술비Ⅲ 보장
3. 질병3종수술비Ⅲ 보장
4. 질병4종수술비Ⅲ 보장
5. 질병5종수술비Ⅲ 보장

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 수술은 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타수술 “1~5종 수술분류표Ⅲ”에 해당하지 않는 시술

【신의료기술평가위원회】

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

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “1~5종 수술분류표Ⅲ”(【별표19】(1~5종 수술분류표Ⅲ) 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 질병1~5종수술비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 (각종별 특약보험가입금액의 50%)	계약일로부터 1년 이상 (각종별 특약보험가입금액의 100%)
1종수술	질병1종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병1종수술비III 보장의 보험가입금액
2종수술	질병2종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병2종수술비III 보장의 보험가입금액
3종수술	질병3종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병3종수술비III 보장의 보험가입금액
4종수술	질병4종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병4종수술비III 보장의 보험가입금액
5종수술	질병5종수술비III 보장 보험가입금액의 50%	질병5종수술비III 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술비III를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병1~5종수술비III를 지급합니다.
- ② 제1항에서 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.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

109. 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관

질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
2. 질병2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
3. 질병3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
4. 질병4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
5. 질병5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
6. 질병6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
7. 질병7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장
8. 질병8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장

제1조(“수술 및 시술”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “수술 및 시술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 “수술시술코드”라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술시술코드는 「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 특약은 KDRG 버전 4.5(2023.1.1. 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 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 급여상대가치점수”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.

- ③ 제2항의 수술시술코드에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 수술시술코드가 변경되는 경우 이 특약의 체결시점에서 정한 수술시술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특약 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 특약 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【예시】

이 특약 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.5)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 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) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(이하 “수술비(시술포함)”이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.
다만, 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드 당 연간1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 (각종별 특약보험가입금액의 50%)	계약일로부터 1년 이상 (각종별 특약보험가입금액의 100%)
1종수술	질병1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병1종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
2종수술	질병2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병2종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
3종수술	질병3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병3종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
4종수술	질병4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병4종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
5종수술	질병5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병5종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
6종수술	질병6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병6종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
7종수술	질병7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병7종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액
8종수술	질병8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장 보험가입금액의 50%	질병8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 보장의 보험가입금액

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 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 수술비(시술포함)를 지급합니다.
② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가

지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

- ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 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 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 수술비(시술포함)를 보장합니다.
- 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 정의와 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 “주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)”에 해당하는 수술비(시술포함)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 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)», 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)», 「분만및유산후관련장애(수술시행)(O0110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 알코올중독, 습관성 약물 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 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 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 “1~8종 수술 및 시술 분류표”(【별표97】(1~8종 수술 및 시술 분류표) 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 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

110. 질병입원치료수술비(종합병원) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외

의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

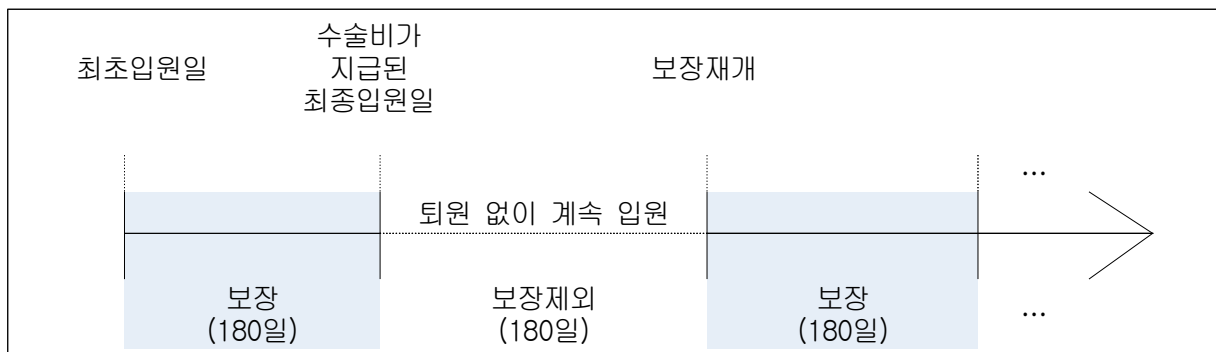
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 수술한 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원치료수술비(종합병원)(이하 “수술비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술비의 지급일수는 1회 수술동반입원당 180일을 한도로 합니다.

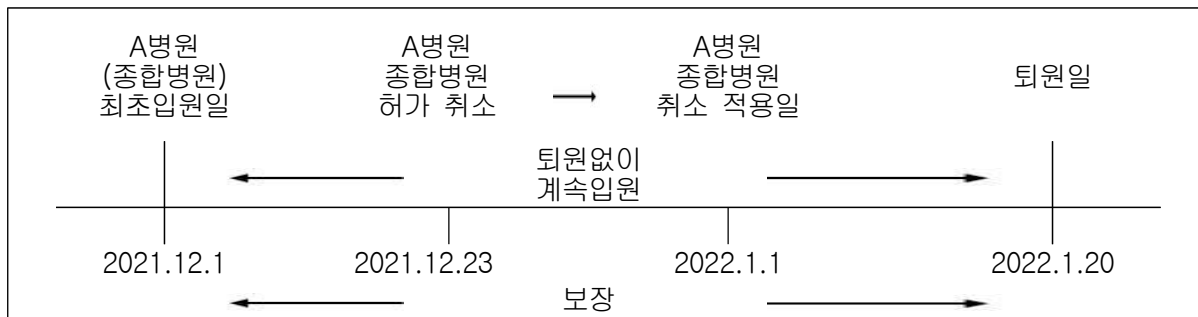
구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원치료수술비 (종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50% × 입원일수	이 특약의 보험가입금액 × 입원일수

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 수술비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술하고 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 수술비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 수술비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원하여 수술한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술하고 입원하여 치료받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술비를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 수술비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 제1항 이외에도 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다.), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ④ 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태

4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 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), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

111. 新112대특정질병수술비 특별약관

新112대특정질병수술비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 新112대특정질병수술비_1(중증7대특정질병수술비, 14대특정질병(Ⅱ)수술비(관혈/비관혈))
2. 新112대특정질병수술비_2(20대특정질병수술비(관혈/비관혈))
3. 新112대특정질병수술비_3(68대생활질환질병수술비)
4. 新112대특정질병수술비_4(후각특정질병수술비)
5. 新112대특정질병수술비_5(백내장수술비)
6. 新112대특정질병수술비_6(치핵수술비)

제1조(“중증7대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중증7대특정질병”이라 함은 【별표 11-1】(중증7대특정질병분류표)에서 정한 1.파킨슨병, 2.다발경화증, 3.뇌성마비, 4.크로이츠펔트-야콥병, 5.조로증, 6.전신홍반루푸스, 7.전신경화증을 말합니다.
- ② 제1항의 “중증7대특정질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“14대특정질병(Ⅱ)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “14대특정질병(Ⅱ)”이라 함은 【별표11-2】(14대특정질병(Ⅱ)분류표)에서 정한 1.당뇨병, 2.심장질환, 3.고혈압, 4.뇌혈관질환, 5.간질환, 6.위궤양 및 십이지장궤양, 7.동맥경화증, 8.만성하부호흡기질환, 9.폐렴, 10.결핵, 11.신부전, 12.대동맥류, 13.기관지·폐의 특정질환, 14.수막의 양성신생물을 말합니다.
- ② 제1항의 “14대특정질병(Ⅱ)”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(“20대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “20대특정질병”이라 함은 【별표11-3】(20대특정질병분류표)에서 정한 1.수막염, 2.뇌 및 척수의 염증성질환, 3.자율신경계통의 장애, 4.패혈증, 5.급성체장염, 6.체장질환, 7.중증근무력증, 8.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 9.부갑상선질환, 10.뇌하수체질환, 11.뇌전증, 12.안면신경장애, 13.마비, 14.수두증, 15.폐부종, 16.특정호흡기질환, 17.사구체질환, 18.신세뇨관-간질질환, 19.신장 및 요관의 기타장애, 20.녹내장을 말합니다.
- ② 제1항의 “20대특정질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(“68대생활질환질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “68대생활질환질병”이라 함은 【별표11-4】(68대생활질환질병분류표)에서 정한 1.갑상선질환, 2.황반변성, 3.관절염 및 다발경화증, 4.관절증, 5.사지 후천변형, 6.관절장애, 7.전립선질환, 8.남성생식기관의 질환, 9.여성골반내기관의 염증성 질환, 10.여성생식관의 비염증성 질환, 11.담석증, 12.사타구니탈장,

13.편도염, 14.축농증, 15.폐질환, 16.소화계통의 양성신생물, 17.간·담관·췌장의 양성신생물, 18.상부호흡계통의 양성신생물, 19.하부호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 20.골 및 관절연골의 양성신생물, 21.조직의 양성신생물, 22.유방의 양성신생물, 23.생식기의 양성신생물, 24.난소의 양성신생물, 25.비뇨기관의 양성신생물, 26.눈의 양성신생물, 27.갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 28.비장질환, 29.손목 터널증후군, 30.단일신경병증, 31.눈 및 눈부속기관의 특정질환, 32.유리체의 장애, 33.시신경 및 시각로의 장애, 34.외이의 질환, 35.중이 및 유도의 질환, 36.귀경화증, 37.내이의 질환, 38.귀의 기타장애, 39.동맥 및 세동맥의 질환, 40.하지의 정맥류, 41.림프절염, 42.급성 상기도감염, 43.인후부위의 특정질환, 44.식도질환, 45.위공장궤양, 46.위십이지장질환, 47.특정부위의 탈장, 48.비감염성장염 및 결장염, 49.특정장질환, 50.복막의 질환, 51.담낭담도질환, 52.통풍, 53.전신결합조직장애, 54.특정 누적외상성질환, 55.척추변형, 56.척추병증, 57.추간판장애, 58.근육장애, 59.윤활막 및 힘줄장애, 60.발바닥근막성 섬유종증, 61.어깨병변, 62.골다공증, 63.뼈의병증, 64.연골병증, 65.방광의 결석, 66.비뇨계통의 기타질환, 67.유방의 장애, 68.난소·난관의 질환을 말합니다.

- ② 제1항의 “68대생활질환질병”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(“후각특정질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “후각특정질환”이라 함은 【별표11-7】(후각특정질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “후각특정질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(“백내장”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “백내장”이라 함은 【별표11-5】(백내장분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “백내장”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조(“치핵”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “치핵”이라 함은 【별표11-6】(치핵분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “치핵”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제8조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避孕) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ⑦ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
 1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 제외합니다.
 2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
 3. “신의료수술”이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 “치료적 방사선 조사”를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.

제9조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 제1조(“중증7대특정질병”의 정의

및 진단확정)에서 정한 중증7대특정질병 또는 제2조(“14대특정질병(Ⅱ)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 14대특정질병(Ⅱ)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비1으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급금액	
			보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비1	중증7대특정질병수술시		이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 200%
	14대특정질병(Ⅱ)수 술시	관혈 수술	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
		비관 혈 수술	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 제3조(“20대특정질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 20대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비2으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급금액	
			보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비2	20대특정질병수술시	관혈 수술	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
		비관 혈 수술	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 제4조(“68대생활질환질병”의 정의 및 진단확정)에서 정한 68대생활질환질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비3으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비3	68대생활질환질병수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 제5조(“후각특정질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 후각특정질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비4으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비4	후각특정질환수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 제6조(“백내장”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 백내장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비5으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비5	백내장수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 제7조(“치핵”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비6으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액	
		보험계약일로부터 1년미만 수술시	보험계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비6	치핵수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제9조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 新112대특정질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술로 인한 보험금과 비관혈수술로 인한 보험금을 각각 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조(특약의 소멸)

- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

112. 新112대특정질병수술비 II 특별약관

新112대특정질병수술비 II 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 新112대특정질병수술비 II _1(중증7대특정질병수술비, 14대특정질병(II)수술비)
2. 新112대특정질병수술비 II _2(20대특정질병수술비)
3. 新112대특정질병수술비 II _3 (68대생활질환질병수술비)
4. 新112대특정질병수술비 II _4 (후각특정질병수술비)
5. 新112대특정질병수술비 II _5(백내장수술비)
6. 新112대특정질병수술비 II _6(치핵수술비)

제1조(“중증7대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중증7대특정질병”이라 함은 【별표 11-1】(중증7대특정질병 분류표)에서 정한 1.파킨슨병, 2.다발경화증, 3.뇌성마비, 4.크로이츠펔트-야콥병, 5.조로증, 6.전신홍반루푸스, 7.전신경화증을 말합니다.
- ② 제1항의 “중증7대특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“14대특정질병(II)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “14대특정질병(II)”이라 함은 【별표11-2】(14대특정질병(II) 분류표)에서 정한 1.당뇨병, 2.심장질환, 3.고혈압, 4.뇌혈관질환, 5.간질환, 6.위궤양 및 십이지장궤양, 7.동맥경화증, 8.만성하부호흡기질환, 9.폐렴, 10.결핵, 11.신부전, 12.대동맥류, 13.기관지·폐의 특정질환, 14.수막의 양성신생물을 말합니다.
- ② 제1항의 “14대특정질병(II)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(“20대특정질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “20대특정질병”이라 함은 【별표11-3】(20대특정질병 분류표)에서

정한 1.수막염, 2.뇌 및 척수의 염증성질환, 3.자율신경계통의 장애, 4.패혈증, 5.급성체장염, 6.체장질환, 7.중증근무력증, 8.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 9.부갑상선질환, 10.뇌하수체질환, 11.뇌전증, 12.안면신경장애, 13.마비, 14.수두증, 15.폐부종, 16.특정호흡기질환, 17.사구체질환, 18.신세뇨관-간질질환, 19.신장 및 요관의 기타장애, 20.녹내장을 말합니다.

- ② 제1항의 “20대특정질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(“68대생활질환질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “68대생활질환질환”이라 함은 【별표11-4】(68대생활질환질환분류표)에서 정한 1.갑상선질환, 2.황반변성, 3.관절염 및 다발경화증, 4.관절증, 5.사지 후천변형, 6.관절장애, 7.전립선질환, 8.남성생식기관의 질환, 9.여성골반내기관의 염증성 질환, 10.여성생식관의 비염증성 질환, 11.담석증, 12.사타구니탈장, 13.편도염, 14.축농증, 15.폐질환, 16.소화계통의 양성신생물, 17.간·담관·췌장의 양성신생물, 18.상부호흡계통의 양성신생물, 19.하부호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 20.골 및 관절연골의 양성신생물, 21.조직의 양성신생물, 22.유방의 양성신생물, 23.생식기의 양성신생물, 24.난소의 양성신생물, 25.비뇨기관의 양성신생물, 26.눈의 양성신생물, 27.갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 28.비장질환, 29.손목터널증후군, 30.단일신경병증, 31.눈 및 눈부속기관의 특정질환, 32.유리체의 장애, 33.시신경 및 시각로의 장애, 34.외이의 질환, 35.중이 및 유도의 질환, 36.귀경화증, 37.내이의 질환, 38.귀의 기타장애, 39.동맥 및 세동맥의 질환, 40.하지의 정맥류, 41.림프절염, 42.급성 상기도감염, 43.인후부위의 특정질환, 44.식도질환, 45.위공장궤양, 46.위십이지장질환, 47.특정부위의 탈장, 48.비감염성장염 및 결장염, 49.특정장질환, 50.복막의 질환, 51.담낭담도질환, 52.통풍, 53.전신결합조직장애, 54.특정누적외상성질환, 55.척추변형, 56.척추병증, 57.추간판장애, 58.근육장애, 59.윤활막 및 힘줄장애, 60.발바닥근막성 섬유종증, 61.어깨병변, 62.골다공증, 63.뼈의병증, 64.연골병증, 65.방광의 결석, 66.비뇨계통의 기타질환, 67.유방의 장애, 68.난소·난관의 질환을 말합니다.
- ② 제1항의 “68대생활질환질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(“후각특정질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “후각특정질환”이라 함은 【별표11-7】(후각특정질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “후각특정질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(“백내장”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “백내장”이라 함은 【별표11-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “백내장”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조(“치핵”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “치핵”이라 함은 【별표11-6】(치핵 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “치핵”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제8조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

제9조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “중증7대특정질병” 또는 “14대특정질병(II)”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당

아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_1로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_1	중증7대특정질병 수술시	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 200%
	14대특정질병(Ⅱ) 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “20대특정질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_2로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_2	20대특정질병 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “68대생활질환질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_3으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_3	68대생활질환질병 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

④ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “후각특정질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_4로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_4	후각특정질환 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “백내장”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_5로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_5	백내장 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “치핵”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 新112대특정질병수술비Ⅱ_6로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액	
		계약일로부터 1년미만 수술시	계약일로부터 1년이상 수술시
新112대 특정질병 수술비Ⅱ_6	치핵 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제9조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 新112대특정질병수술비Ⅱ를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

113. 암수술비(유사암제외) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

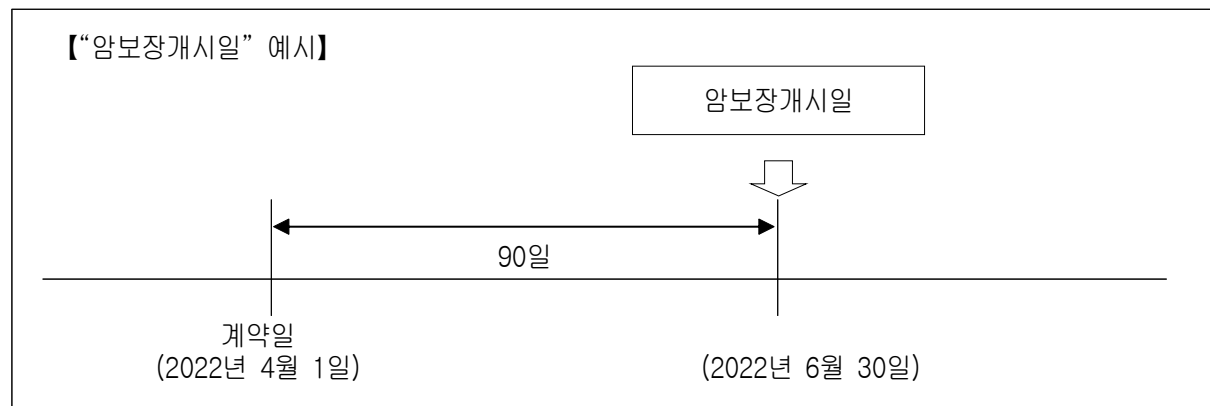
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 “암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암수술비 (유사암제외)	-	수술1회당 이 특약 보험가입금액의 50%	수술1회당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 암수술비는 지급되지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

114. 암수술비(유사암제외)(25%체증형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을

이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 “암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 암수술비(유사암제외)(25%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

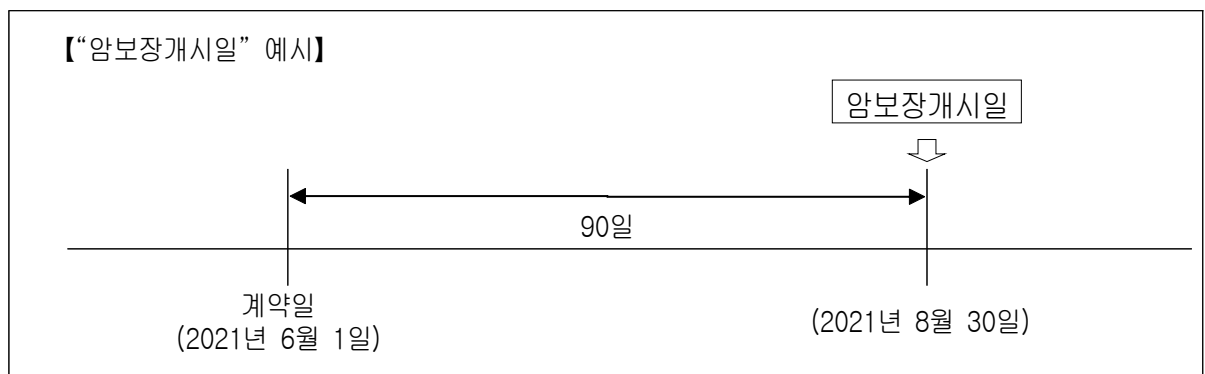
구분	지급금액		
	보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
암수술비(유사암제외) (25%체증형)	-	체증형 지급금액의 50%	체증형 지급금액의 100%

- ② “체증형 지급금액”은 수술회차에 따라 아래와 같이 정합니다.

구분		체증형 지급금액
암수술비(유사암제외) (25%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 125%
	3회차 수술시	보험가입금액의 150%
	4회차 수술시	보험가입금액의 175%
	5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다.



- ② “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 암수술비(유사암제외)는 지급되지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참

조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

115. 유사암수술비 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ⑤ “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “유사암”으로 진단확정되고 그 “유사암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
유사암수술비	수술1회당 이 특약 보험가입금액의 50%	수술1회당 이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 유사암수술비는 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

116. 유사암수술비(25%체증형) 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하

여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “유사암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 유사암수술비(25%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
유사암수술비 (25%체증형)	체증형 지급금액의 50%	체증형 지급금액의 100%

- ② “체증형 지급금액”은 수술회차에 따라 아래와 같이 정합니다.

구분		체증형 지급금액
유사암수술비 (25%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 125%
	3회차 수술시	보험가입금액의 150%
	4회차 수술시	보험가입금액의 175%
	5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 유사암수술비는 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

117. 암수술비(유사암제외, 1회한) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을

이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

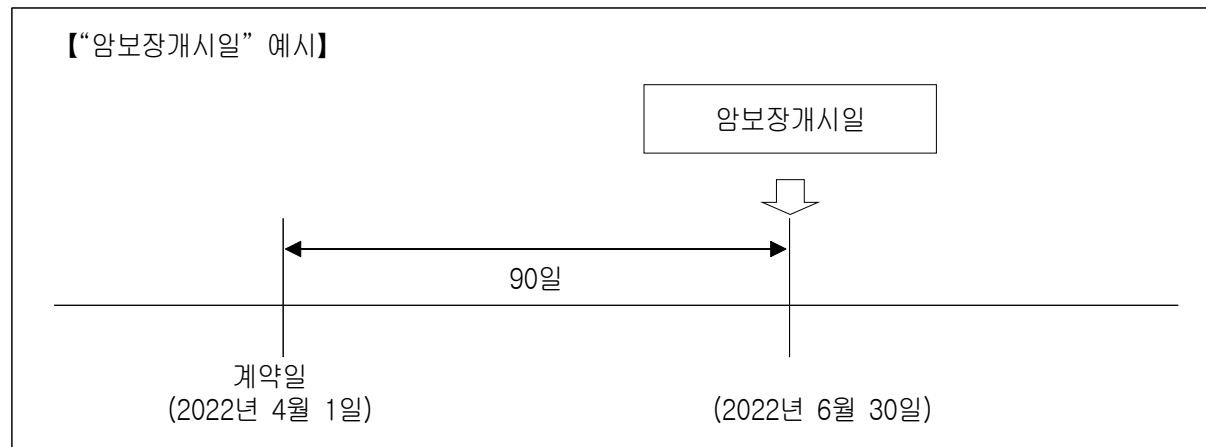
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 “암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암수술비(유사암제외,1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암수술비 (유사암제외,1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”를 한 경우에 암수술비(유사암제외,1회한)는 지급되지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “암수술비(유사암제외,1회한)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

118. 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“급여 림프부종수술”의 정의)

- ① 이 특약에서 “급여 림프부종수술”이라 함은 병원의 의사에 의하여 암 또는 암의 직접적인 치료로 인한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 【별표114】(급여 림프부종수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 림프부종수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 림프부종수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 림프부종수술 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표114】(급여 림프부종수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 림프부종수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

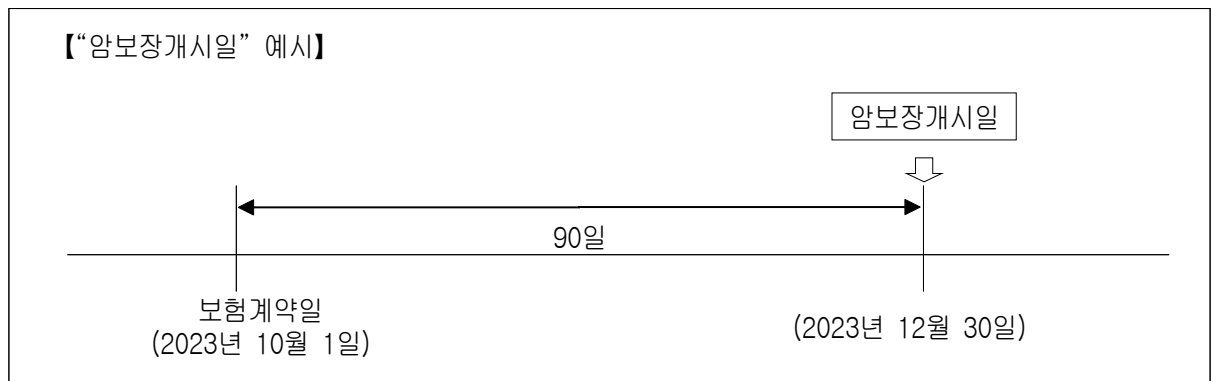
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 림프부종수술”을 받았을 경우에 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급여 림프부종수술”	암	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	이 특약 보험가입금액의 50%		이 특약 보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로

로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

119. 암으로 인한 피부재건수술비(급여, 연간1회한) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 함

니다.

- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“급여 피부재건수술”의 정의)

- ① 이 특약에서 “급여 피부재건수술”이라 함은 병원의 의사에 의하여 암 또는 암의 직접적인 치료로 인한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 **【별표115】**(급여 피부재건수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 피부재건수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 피부재건수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 피부재건수술 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 **【별표115】**(급여 피부재건수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 피부재건수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암”으로 진단 확정되거나 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 피부재건수술”을 받았을 경우에 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

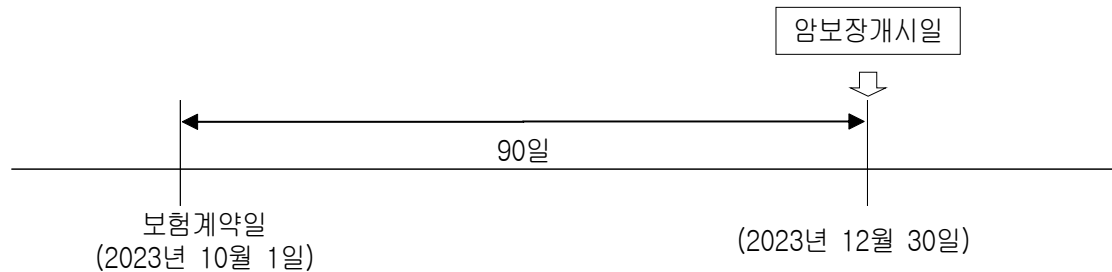
구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
“급여 피부재건수술”	암	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	이 특약 보험가입금액의 50%		이 특약 보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험 계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

120. 항암방사선치료비 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

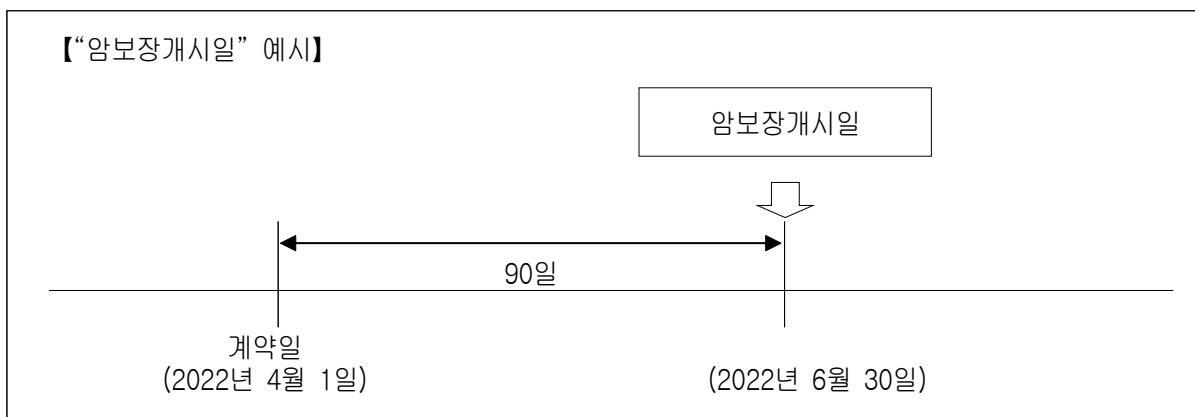
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
항암 방사선 치료비	암 (단, 최초1회에 한하여 지급)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	기타피부암, 갑상선암 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	이 특약 보험가입금액의 10%		이 특약 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암방사선치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 기타피부암항암방사선치료비 또는 갑상선암항암방사선치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암방사선치료비를 지급받은 이후에 “암”으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 암항암방사선치료비를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하

며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “항암방사선치료비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

121. 항암약물치료비 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초

발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아프니지, 헬릭스, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

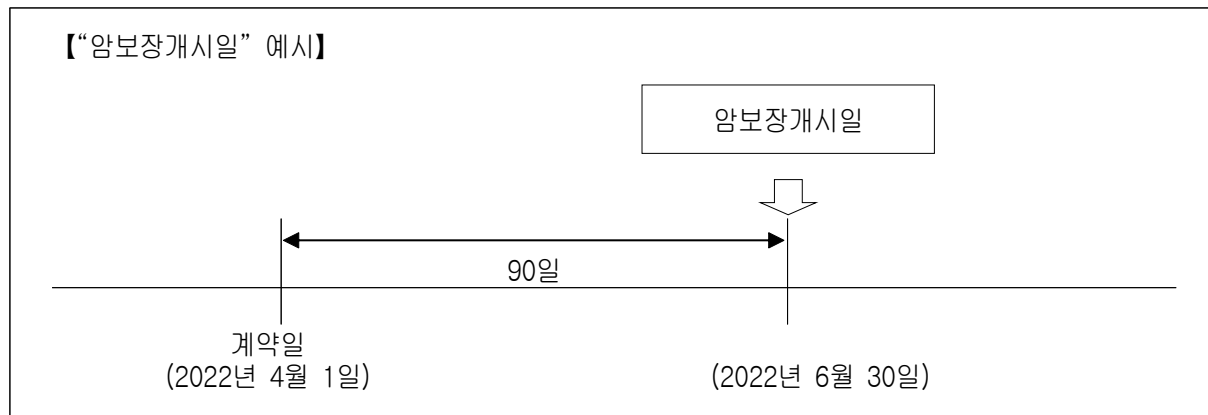
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
항암 약물 치료비	암 (단, 최초1회에 한하여 지급)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	기타피부암, 갑상선암 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	이 특약 보험가입금액의 10%		이 특약 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고 “암”으로 항암약물치료비를 지급 받은 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암약물치료를 받은 경우에는 기타피부암항암약물치료비 또는 갑상선암항암약물치료비는 지급하지 않으며, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 항암약물치료비를 지급받은 이후에 “암”으로 항암약물치료를 받은 경우에는 암 항암약물치료비를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정되어

제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 “항암약물치료비”를 지급한 경우에는 그 손해 보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.

- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

122. 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“급여 항암방사선치료” 및 “급여 항암약물치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “급여 항암방사선치료”라 함은 【별표31】(급여 항암방사선치료 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 항암방사선치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표31】(급여 항암방사선치료 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.
- ④ 제1항의 항암방사선치료라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 “암”을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “급여 항암약물치료”라 함은 “급여 항암약물”을 투여하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제5항의 “급여 항암약물”이라 함은 【별표32】(급여 항암약물 분류표)에서 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 항암약물 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 항암약물 인정기준”을 따릅니다.
- ⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표32】(급여 항암약물 분류표)에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

- ⑨ 제5항의 항암약물치료라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

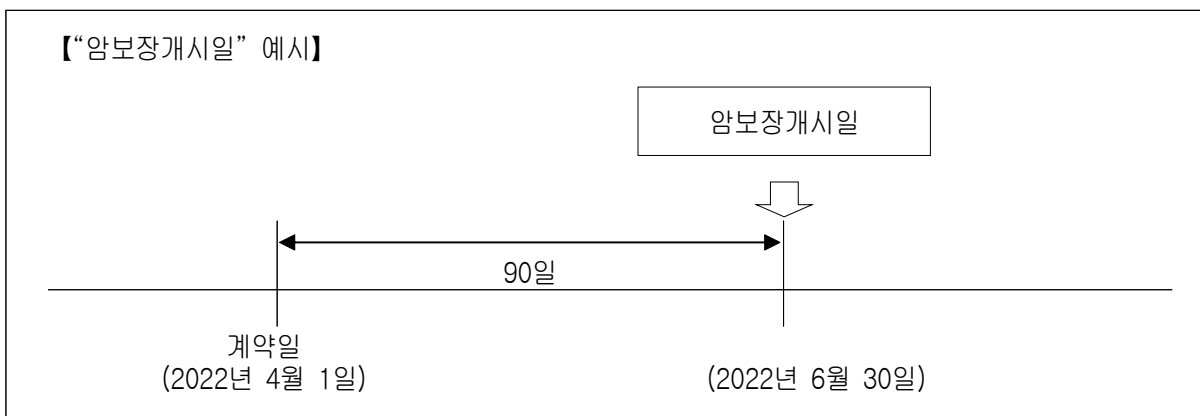
- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년미만	계약일로부터 1년이상
계속받는항암방사선약물치료비 (급여,연간1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)



- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암

보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

123. 항암방사선치료후9대합병증진단비 특별약관

항암방사선치료후9대합병증진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 항암방사선치료후4대경증합병증진단비
2. 항암방사선치료후5대중증합병증진단비

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“항암방사선치료후 4대경증 합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”이라 함은 【별표116】(항암방사선치료후4대경증합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(“항암방사선치료후 5대중증 합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”이라 함은 【별표117】(항암방사

선치료후5대중증합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 제1항의 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선치료후 4대경증 합병증”으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후4대경증합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선 치료후 4대경증 합병증 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 10%
	기타피부암 갑상선암	보험가입금액의 5%		보험가입금액의 10%

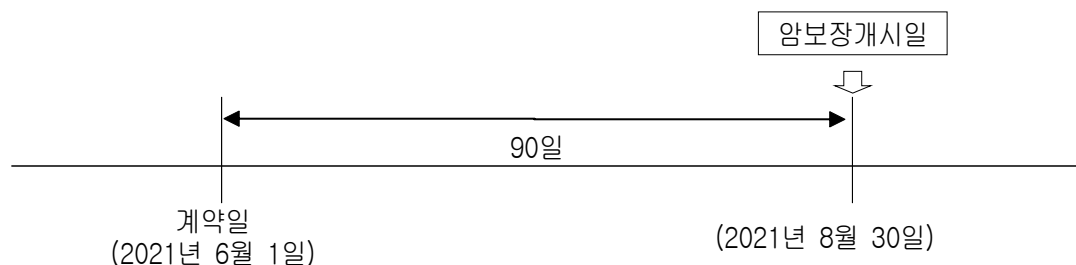
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 날부터 “항암방사선치료후 5대중증 합병증” 중 1년 이내에 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염으로 진단 확정되거나, 90일 이내에 폐렴, 뇌부종으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후5대중증합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선 치료후 5대중증 합병증 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선치료후 4대경증합병증”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료를 받은 날부터 1년(다만, “항암방사선치료후 5대중증합병증” 중 폐렴 또는 뇌부종의 경우에는 90일)내 “항암방사선치료후 5대중증합병증”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 또는 “보장개시일” 이후에 “항암방사선치료후 4대경증합병증” 또는 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 제4항의 진단확정일이 항암방사선치료를 받은 날부터 1년(다만, “항암방사선치료후 5대중증 합병증” 중 폐렴 또는 뇌부종의 경우에는 90일)을 초과하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료후4대경증합병증진단비, 항암방사선치료후5대중증합병증진단비에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “항암방사선치료후 4대경증 합병증” 또는 “항암방사선치료후 5대중증 합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

124. 항암방사선약물치료후5대질병진단비 특별약관

항암방사선약물치료후5대질병진단비 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 1. 항암방사선약물치료후2대질병진단비
- 2. 항암방사선약물치료후3대질병진단비

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C80.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암방사선약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암방사선약물치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다) 또는 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아프니바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“항암방사선약물치료후 2대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선약물치료후 2대질병”이라 함은 【별표118】(항암방사선약물치료후 2대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선약물치료후 2대질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선약물치료후 2대질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(“항암방사선약물치료후 3대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에서 “항암방사선약물치료후 3대질병”이라 함은 【별표119】(항암방사선약물치료후 3대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “항암방사선약물치료후 3대질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “항암방사선약물치료후 3대질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 2대질병”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료후2대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선약물치료후 2대질병 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%

- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 3대질병”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료후3대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

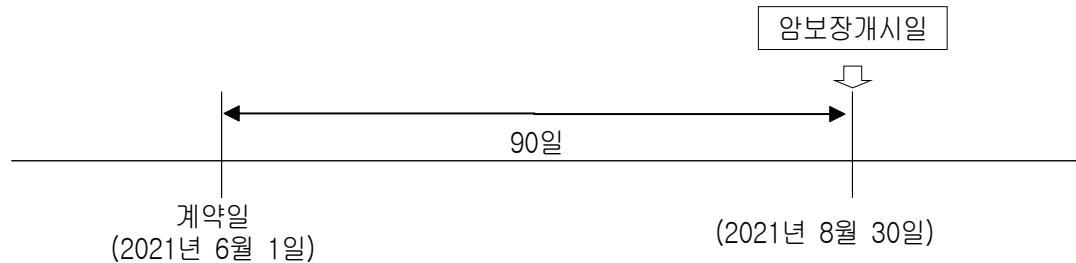
구분		지급금액		
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
항암방사선약물치료후 3대질병 진단비 (최초1회한)	암	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%
	기타피부암 갑상선암	보험가입금액의 25%		보험가입금액의 50%

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은

계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 2대질병”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년 이내 “항암방사선약물치료후 3대질병”으로 진단확정된 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 또는 “보장개시일” 이후에 “항암방사선약물치료후 2대질병” 또는 “항암방사선약물치료후 3대질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 제4항의 진단확정일이 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 날부터 1년을 초과하는 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선약물치료후2대질병진단비, 항암방사선약물치료후3대질병진단비에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발

생활 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “항암방사선약물치료후 2대질병” 또는 “항암방사선약물치료후 3대질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 해당 세부보장에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

125. 뇌혈관질환수술비 II 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작

(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비 II로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환수술비 II	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환수술비 II는 같은 질병으로 두 종류 이상의 뇌혈관질환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌혈관질환수술비 II만 지급합니다. 다만, 뇌혈관질환수술을 받고 365일이 경과한 후

같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

126. 뇌졸중수술비 II 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작

(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 그 “뇌졸중”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 뇌졸중수술비 II로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중수술비 II	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중수술비 II는 같은 질병으로 두 종류 이상의 뇌졸중수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌졸중수술비 II만 지급합니다. 다만, 뇌졸중수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)

에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

127. 뇌출혈수술비 II 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 뇌출혈수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 뇌출혈수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌출혈수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 뇌출혈수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

128. 허혈성심장질환수술비 II 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 허혈성심장질환수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 허혈성심장질환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 허혈성심장질환수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 허혈성심장질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

129. 급성심근경색증수술비 II 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 급성심근경색증수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증수술비Ⅱ	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증수술비Ⅱ는 같은 질병으로 두 종류 이상의 급성심근경색증수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 급성심근경색증수술비Ⅱ만 지급합니다. 다만, 급성심근경색증수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

130. 심뇌혈관질환수술비 II 특별약관

제1조(“심뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “심뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 “뇌혈관질환” 및 【별표20】(심장관련질병 분류표)에서 정한 “심장관련질병”을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ “심장관련질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 심장관련질병 중 “허혈성심장질환” 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “심뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “심뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 아래의 금액을 심뇌혈관질환수술비 II로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심뇌혈관질환수술비 II	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 심뇌혈관질환수술비 II는 같은 질병으로 두 종류 이상의 심뇌혈관질환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 심뇌혈관질환수술비 II만 지급합니다. 다만, 심뇌혈관질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

131. 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비 II (25%체증형) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환및허혈성심장 질환수술비Ⅱ(25%체증 형)	체증형 지급금액의 5%	체증형 지급금액의 50%	체증형 지급금액의 100%

- ② “체증형 지급금액”은 수술회차에 따라 아래와 같이 정합니다.

구분		체증형 지급금액
뇌혈관질환및허혈성심장질환수술 비Ⅱ (25%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 125%
	3회차 수술시	보험가입금액의 150%
	4회차 수술시	보험가입금액의 175%
	5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)는 같은 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비Ⅱ(25%체증형)만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

- 우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

132. 3대질병입원치료수술비(종합병원) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따

라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

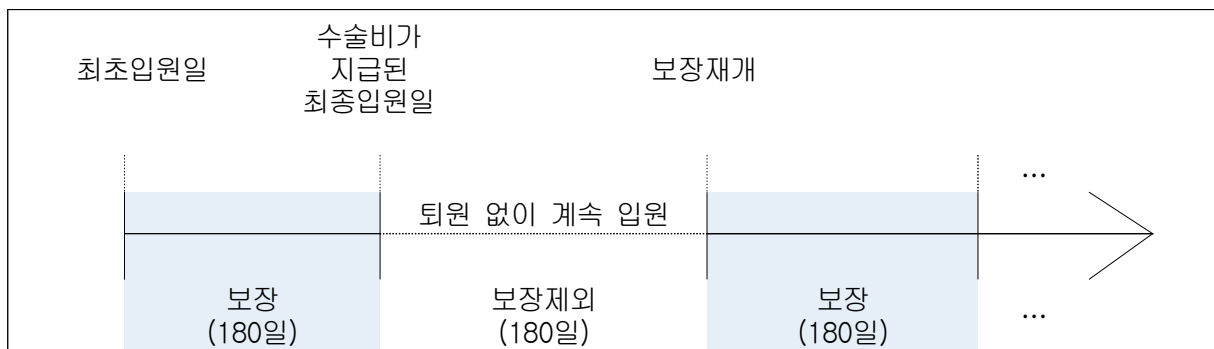
제7조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 그 “암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 수술한 경우에 회사는 입원일부터 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액을 3대질병입원치료수술비(종합병원)(이하 “수술비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술비의 지급일수는 1회 수술동반입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
3대질병입원치료수술비 (종합병원)	이 특약 보험가입금액의 50% × 입원일수	이 특약의 보험가입금액 × 입원일수

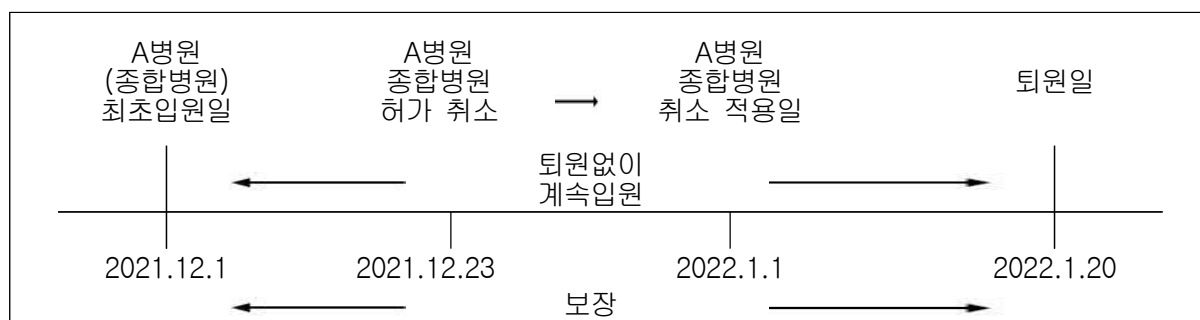
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 수술비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적

- 으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술하고 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 수술비를 계속 보장합니다.
 - ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 수술비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
 - ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원하여 수술한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술비를 지급합니다.
 - ⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술하고 입원하여 치료받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날 까지 수술비를 지급합니다.
 - ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 수술비를 지급합니다.



- ⑨ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

133. 충수염(맹장)수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(“충수염”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서“충수염”이라 함은 【별표24】(충수염 분류표)에서 정한 충수의 질환을 말합니다.
- ② “충수염”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “충수염”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 최초 수술 1회에 한하여 아래의 보험가입금액을 충수염(맹장)수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
충수염(맹장)수술비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“충수염”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “충수염”으로 진단 확정되어 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장)수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

134. 간질환수술비 특별약관

제1조(“간질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “간질환”이라 함은 【별표46】(간질

환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② “간질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “간질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 간질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
간질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 간질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 간질 환수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 간질환수술비만 지급합니다. 다만, 간질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

135. 안과질환수술비 특별약관

제1조(“안과질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “안과질환”이라 함은 【별표47】(안과질환 분류표)에서 정한 안과질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “안과질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참

조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼, 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “안과질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 안과질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
안과질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아

닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력 개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 안과질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 안과질환수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제2조(“수술”의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

제1조(“호흡기질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “호흡기질환”이라 함은 【별표48】(호흡기질환 분류표)에서 정한 호흡기질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “호흡기질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “호흡기질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 호흡기질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
호흡기질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 호흡기질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 호흡기질환수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

137. 이비인후과질환수술비 특별약관

제1조(“이비인후과질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “이비인후과질환”이라 함은 【별표49】(이비인후과질환 분류표)에서 정한 이비인후과질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “이비인후과질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “이비인후과질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 아래의 금액을 이비인후과질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
이비인후과질환수술비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아

닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력 개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 이비인후과질환수술비는 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 이비인후과질환수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

138. 척추질환수술비(관혈/비관혈) 특별약관

제1조(“척추질환”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “척추질환”이라 함은 【별표50】(척추질환분류표)에 정한 척추질환을 말합니다.
- ② 제1항의 “척추질환”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 이 특약에 있어서 “관혈수술”이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
 1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보

면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.

2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.
3. “신의료수술”이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 “척추질환”을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 보험가입금액을 척추상해수술비(관혈/비관혈)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
“관혈수술”	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약 보험가입금액의 100%
“비관혈수술”	이 특약 보험가입금액의 10%	이 특약 보험가입금액의 20%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술로 인한 보험금과 비관혈수술로 인한 보험금을 각각 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제

5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

139. 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“6대기관 양성종양(폴립포함)”, “급여 6대기관 양성종양(폴립포함) 수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “6대기관 양성종양(폴립포함)”이라 함은 【별표85】(6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “6대기관 양성종양(폴립포함)”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “6대기관 양성종양(폴립포함)”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ④ 이 특약에서 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”이라 함은 【별표86】(급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에 해당하는 의료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우)에 한하며, 이하 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”을 따릅니다.
- ⑥ 제3항 및 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 【별표86】(급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표)에서 정한 의료행위 외에 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 인정기준”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보장되지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “6대기관 양성종양(폴립포함)”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
6대기관 양성종양(폴립포함) 수술비 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하

지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

140. 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“뇌정위적방사선술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “뇌정위적방사선술”이라 함은 【별표87】(뇌정위적방사선술 분류표)에서 정한 뇌정위적방사선술 대상 “수가코드”에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, “뇌정위적방사선술”을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서

제외합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “뇌정위적방사선술”을 받은 경우에 회사는 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “뇌정위적방사선술”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
뇌정위적방사선술보장 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “뇌정위적방사선술”을 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의

료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

141. 심장부정맥고주파, 냉각절제술보장(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“심장부정맥고주파·냉각절제술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “심장부정맥고주파·냉각절제술”이라 함은 【별표88】(심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표)에서 정한 심장부정맥고주파·냉각절제술 대상 “수가코드”에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 “수가코드”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 경우에 회사는 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 심장부정맥고주파, 냉각절제술보장(급여,연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 부위

및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
심장부정맥고주파, 냉각절제술보 장 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

142. 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“관상동맥성형술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “관상동맥성형술”이라 함은 【별표 89】(관상동맥성형술 분류표)에서 정한 관상동맥성형술 대상 “수가코드”에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, “관상동맥성형술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.

【관상동맥】

대동맥이 시작되는 부위에서 나와 심장을 둘러싸고 있으며 심장에 혈액을 공급하는 동맥혈관

- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 “수가코드”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “관상동맥성형술”을 받은 경우에 회사는 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “관상동맥성형술”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
관상동맥성형술보장 (급여,연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “관상동맥성형술”을 받은날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

143. 조혈모세포이식수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)등에서 장기수혜자로서 조혈모세포이식을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 조혈모세포이식수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상
조혈모세포이식수술비 (최초1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 “조혈모세포이식”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성 종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모 세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수 이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모 세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모 세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
 1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
 2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
 3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
 4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
 5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모 세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

144. 암주요치료비(특정유사암제외, 감액없음)(진단후5년, 연간1회한) 특별약관

제1조(“암(특정유사암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암(특정유사암제외)”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 “특정유사암”을 제외한 질병을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑥ “암(특정유사암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암(특정유사암제외)”을 제거하거나 “암(특정유사암제외)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(특정유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암(특정유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암(특정유사암제외)”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암주요치료비(특정유사암제외,감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
암주요치료비 (특정유사암제외,감액없음) (진단후5년,연간1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 100%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “암(특정유사암제외)” (최초 진단과 상이한 “암(특정유사암제외)”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암제외)”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “암(특정유사암제외)”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ⑤ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “암(특정유사암제외)”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따

라 계속 보장합니다.

【암주요치료비(특정유사암제외)(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 위암(C16) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 식도암(C15) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

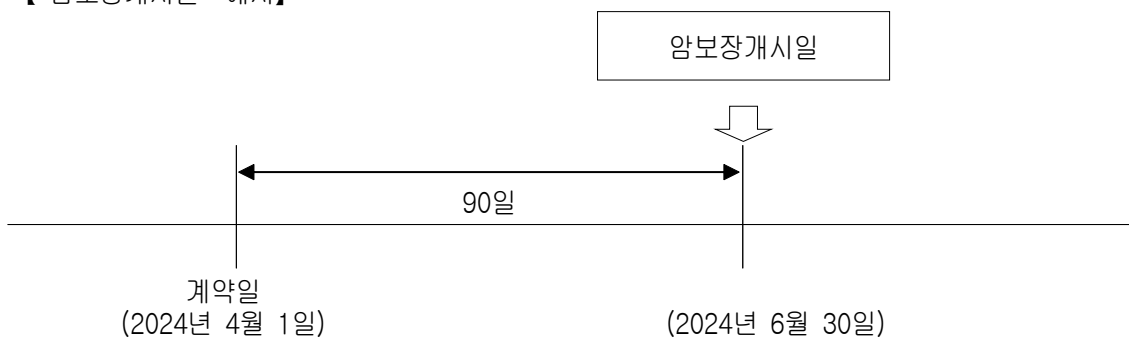
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
위암수술 1회	-	식도암진단후 식도암수술 2회	-	-
위암 항암약물치료 2회	-	위암 항암약물치료 1회	위암 항암약물치료 2회	식도암 항암방사선치 료 1회
↓	↓	↓	↓	↓
1회 지급	-	1회 지급	1회 지급	1회 지급
2062.5.4. 위암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 식도암(C16)을 최초 진단받더라도 ‘보험금 지급기간’은 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("암(특정 유사암제외)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정유사암제외)"에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제8조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암(특정유사암제외)”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘해약환급금미지급형’을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암제외)”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

145. 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한) 특별약관

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “특정유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “특정유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “특정유사암”을 제거하거나 “특정유사암”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 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 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
특정유사암주요치료비 (감액없음) (진단후5년,연간1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 100%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “특정유사암”(최초 진단과 상이한 “특정유사암”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “특정유사암”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “특정유사암”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ⑤ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “특정유사암”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따라 계속

보장합니다.

【특정유사암주요치료비(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 갑상선암(C73) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

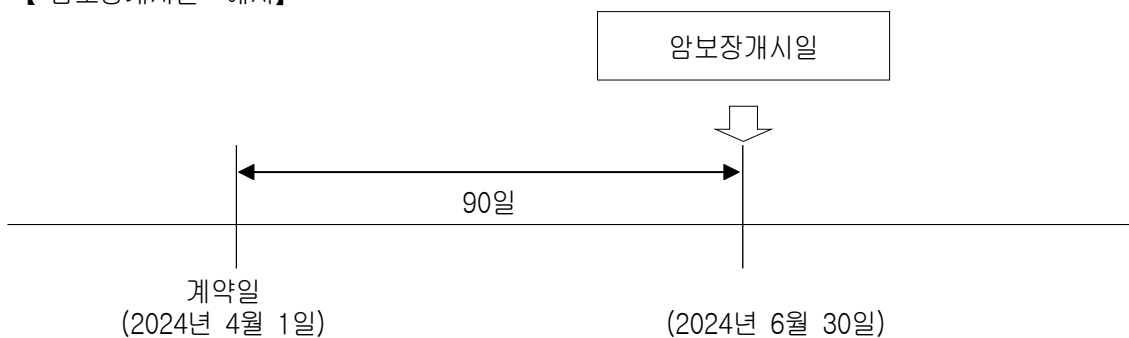
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
갑상선암수술 1회	-	기타피부암 진단후 기타피부암수 술 2회	-	-
갑상선암 항암약물치료 2회	-	갑상선암 항암약물치료 1회	갑상선암 항암약물치료 2회	기타피부암 항암방사선치 료 1회
↓	↓	↓	↓	↓
1회 지급	-	1회 지급	1회 지급	1회 지급
2062.5.4. 갑상선암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("특정유사암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "특정유사암"에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제8조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “특정유사암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘해약환급금미지급형’을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “특정유사암”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

146. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “특정유사암”은 제외합니다.
- ③ 이 특약에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암(특정유사암포함)”을 제거하거나 “암(특정유사암포함)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암(특정유사암포함)”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제6조(“연간 암주요치료비 총액” 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2조(“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용(이하 “암주요치료비”라 합니다) 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 “급여의료비 본인부담금”이라 합니다)과 비급여 금액(이하 “비급여의료비 본인부담금”이라 합니다)의 연간 합계액을 말합니다.

【급여】

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

【비급여】

국민건강보험법 또는 의료급여법이 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “암주요치료비”는 제5조(“종합병원”의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한하며 아래 각 호의 치료비를 말합니다.
1. 암수술 주요치료비는 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.
 2. 항암약물치료 주요치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.
 3. 항암방사선치료 주요치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【진료비 세부 내역서】

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료로 인해 호스피스·완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스·완화의료(정액수가)를 제1항의 “암주요치료비”에 포함합니다.
- ④ 제1항의 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”에서 다음 각 호의 의료비 감면 사유로 인하여 실제 본인부담금액이 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”보다 작은 경우, “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금” 발생액을 기준으로 합니다. 다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 명확하게 알 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 합니다.
 - 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 - 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 - 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 - 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ⑤ 제1항의 “급여의료비 본인부담금”은 다음 각 호의 사항에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 - 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
- ⑥ 이 특약에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2항에서 정한 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 “암주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “종합병원”에서 “암 주요치료”를 받아 “연간 암주요치료비 총액”이 1천만원 이상인 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

연간 암주요치료비 총액	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
1천만원 이상 2천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 100%로 보험금 지급기간 동안 적용
2천만원 이상 3천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 200%로 보험금 지급기간 동안 적용
3천만원 이상 4천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 300%로 보험금 지급기간 동안 적용
4천만원 이상 5천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 400%로 보험금 지급기간 동안 적용
5천만원 이상 6천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 500%로 보험금 지급기간 동안 적용
6천만원 이상 7천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 600%로 보험금 지급기간 동안 적용
7천만원 이상 8천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 700%로 보험금 지급기간 동안 적용
8천만원 이상 9천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 800%로 보험금 지급기간 동안 적용
9천만원 이상 1억원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 900%로 보험금 지급기간 동안 적용
1억원 이상인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 1000%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “암(특정유사암포함)” (최초 진단과 상이한 “암(특정유사암포함)”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “암(특정유사암포함)”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

【종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일 (50세, 90세만기)
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정 발생일 : 2062년 5월 4일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정 발생일 : 2064년 6월 9일

1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
위암수술비 4,000만원	-	기타피부암 진단후 기타피부암수 술비 500만원	-	-
위암 항암약물치료 비 1,300만원	-	위암 항암약물치료 비 2,000만원	위암 항암약물치료 비 1,800만원	기타피부암 항암방사선치 료비 900만원
2062.5.4. 위암 진단확정일	2063.5.4.	2064.5.4.	2065.5.4.	2066.5.4.
				2067.5.4. 보험금 지급기간 종료일

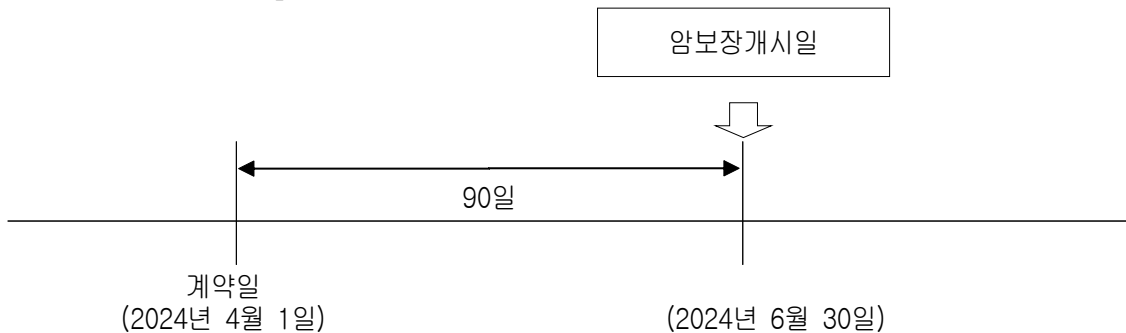
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
연간 암주요치료비 총액 5,300만원	연간 암주요치료비 총액 0원	연간 암주요치료비 총액 2,500만원	연간 암주요치료비 총액 1,800만원	연간 암주요치료비 총액 900만원
보험금 5,000만원지급	보험금 미지급	보험금 2,000만원지급	보험금 1,000만원지급	보험금 미지급

- ※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 위암(C16) 최초 진단확정일(2062년 5월 4일)로부터 5년으로 합니다.
- ※ 종합병원 이외의 병원이나 의원에서 치료받은 경우에는 연간 암주요치료비 총액 계산시 합산하지 않습니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("암(특정유사암포함)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정유사암포함)"에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 "암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제10조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제14조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘해약환급금미지급형’을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

147. 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “특정유사암”은 제외합니다.
- ③ 이 특약에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.

- ④ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“암 주요치료”의 정의)

이 특약에서 “암 주요치료”라 함은 “암(특정유사암포함)”을 제거하거나 “암(특정유사암포함)”의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고, “암(특정유사암포함)”으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의

관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 특약에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외에 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제6조(“연간 암주요치료비 총액” 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2조(“암 주요치료”의 정의)에서 정한 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용(이하 “암주요치료비”라 합니다) 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 “급여의료비 본인부담금”이라 합니다)과 비급여 금액(이하 “비급여의료비 본인부담금”이라 합니다)의 연간 합계액을 말합니다.

【급여】

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

【비급여】

국민건강보험법 또는 의료급여법이 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “암주요치료비”는 제5조(“종합병원”의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한하며 아래 각 호의 치료비를 말합니다.
1. 암수술 주요치료비는 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.
 2. 항암약물치료 주요치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.
 3. 항암방사선치료 주요치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【진료비 세부 내역서】

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료로 인해 호스피스·완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스·완화의료(정액수가)를 제1항의 “암주요치료비”에 포함합니다.
- ④ 제1항의 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”에서 다음 각 호의 의료비 감면 사유로 인하여 실제 본인부담금액이 “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금”보다 작은 경우, “급여의료비 본인부담금” 및 “비급여의료비 본인부담금” 발생액을 기준으로 합니다. 다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 명확하게 알 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 합니다.
 - 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 - 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 - 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 - 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ⑤ 제1항의 “급여의료비 본인부담금”은 다음 각 호의 사항에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 - 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
- ⑥ 이 특약에서 “연간 암주요치료비 총액”이라 함은 제2항에서 정한 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 “암주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단 확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “종합병원”에서 “암 주요치료”를 받아 “연간 암주요치료비 총액”이 2천만원 이상인 경우 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음)(진단후5년,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

연간 암주요치료비 총액	지급금액	
	진단시점이 계약일로부터 90일 이내	진단시점이 계약일로부터 90일 초과
2천만원 이상 3천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 200%로 보험금 지급기간 동안 적용
3천만원 이상 4천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 300%로 보험금 지급기간 동안 적용
4천만원 이상 5천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 400%로 보험금 지급기간 동안 적용
5천만원 이상 6천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 500%로 보험금 지급기간 동안 적용
6천만원 이상 7천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 600%로 보험금 지급기간 동안 적용
7천만원 이상 8천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 700%로 보험금 지급기간 동안 적용
8천만원 이상 9천만원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 800%로 보험금 지급기간 동안 적용
9천만원 이상 1억원 미만인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 900%로 보험금 지급기간 동안 적용
1억원 이상인 경우	-	이 특약 보험가입금액의 1000%로 보험금 지급기간 동안 적용

- ② 제1항의 “암 주요치료”는 “암(특정유사암포함)” (최초 진단과 상이한 “암(특정유사암포함)”도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항에서 “보험금 지급기간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 “암 주요치료”를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 “암(특정유사암포함)”의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.
- ④ 피보험자가 “암보장개시일” 이후 “암(특정유사암포함)”으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

【종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(진단후5년,연간1회한) 지급 예시】

- 계약체결일 : 2024년 5월 1일, 10년만기
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정 발생일 : 2030년 5월 1일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정 발생일 : 2032년 5월 1일

1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
위암수술비 4,000만원	-	기타피부암수 술비 500만원	-	-
위암 항암약물치료 비 1,300만원	-	위암 항암약물치료 비 2,000만원	위암 항암약물치료 비 1,800만원	기타피부암 항암방사선치 료비 900만원
2030.5.1. 위암(C16) 진단확정일	2031.5.1.	2032.5.1. 기타피부암(C44) 진단확정일	2033.5.1.	2034.5.1.
				2035.5.1. 보험금 지급기간 종료일

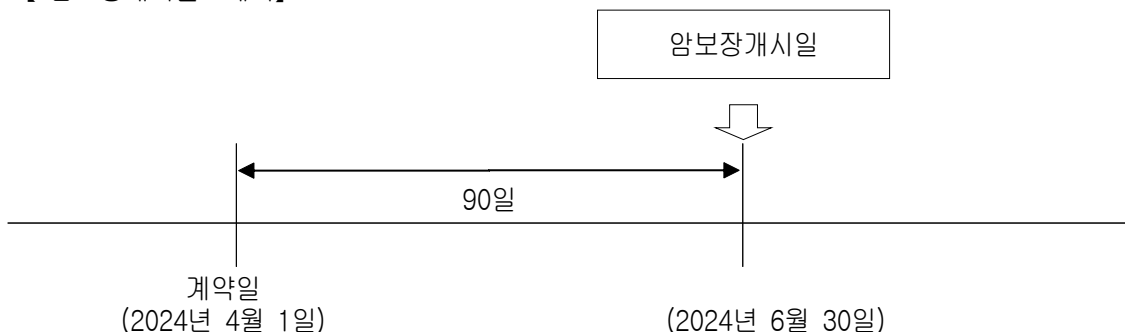
1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도
연간 암주요치료비 총액 5,300만원	연간 암주요치료비 총액 0원	연간 암주요치료비 총액 2,500만원	연간 암주요치료비 총액 1,800만원	연간 암주요치료비 총액 900만원
보험금 5,000만원지급	보험금 미지급	보험금 2,000만원지급	보험금 미지급	보험금 미지급

- ※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 5월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보
험금 지급기간'은 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 5월 1일)로부터 5년으로 합니다.
- ※ 종합병원 이외의 병원이나 의원에서 치료받은 경우에는 연간 암주요치료비 총액 계산시 합산하
지 않습니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조("암(특정
유사암포함)"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정유사암포함)"에 대한 회사의
보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하
"암보장개시일"이라 합니다)합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 “암 주요치료”에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

【호르몬 관련 치료제】

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, 의약품과 관련하여 소요된 비용
7. 제1호 내지 제6호 이외의 “암 주요치료”에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

제10조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조(보험료의 납입면제)

- ① 이 특약에서 보험료의 납입면제는 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 경우 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제14조(해약환급금)

- ① 이 특약에서 해약환급금은 보통약관 제38조(해약환급금)를 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 1종 내지 6종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 가입한 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정된 이후 해지하는 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 산출된 해약환급금을 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

148. 요실금수술비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“요실금”, “급여 요실금수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “요실금”이라 함은 【별표29】(요실금 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “요실금”의 진단 확정은 의료법 제3조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원 또는 이와 동등하고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에서 “급여 요실금수술”이라 함은 「요실금수술 대상 수가코드」 【별표30】(급여 요실금수술 분류표)에 해당하는 수술을 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이

발생한 경우에 한합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 「요실금수술 대상 수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 「요실금수술 대상 수가코드」를 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 채액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “요실금”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 요실금수술”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래

의 금액을 요실금수술비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상	
요실금수술비 (급여, 연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 요실금수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특

- 별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

149. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암양성자방사선치료”의 정의)

이 특약에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것(이하 “항암양성자방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

【양성자 치료】

양성자 치료는 방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

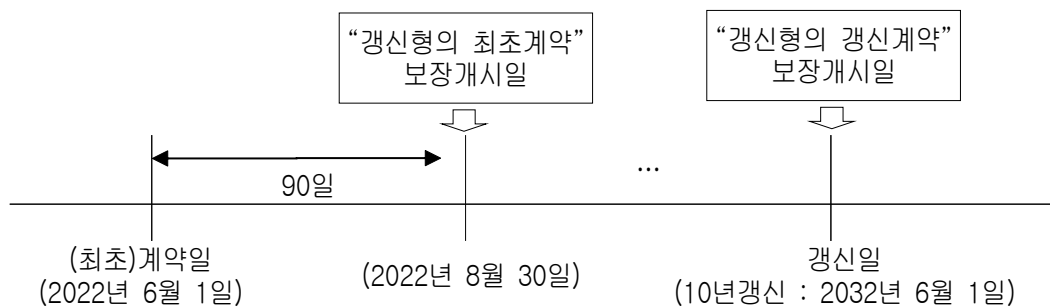
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
항암 양성자 방사선 치료시 (최초 1회한)	“암”	-	이 특약 보험가입금액의 25%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 특약 보험가입금액의 25%		이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.
- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

150. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한)(갱신형) 특별약관

표적항암약물허가치료비 II (최초1회한)(갱신형) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한) (7대특정암)
2. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한) (림프종 및 백혈병관련암 II)
3. 표적항암약물허가치료비 II (최초1회한) (7대특정암, 림프종 및 백혈병관련암 II 제외)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “7대특정암”이라 함은 【별표101】 (7대특정암 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “림프종 및 백혈병 관련암 II”이라 함은 【별표98】 (림프종 및 백혈병 관련암 II 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ⑥ 이 특약에서 “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외)”이라 함은 제1항에서 정한 “암”에서 제2항의 “기타피부암”, 제3항의 “갑상선암”, 제4항의 “7대특정암” 및 제5항의 “림프종 및 백혈병 관련암 II”를 제외한 【별표103】 (암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준

칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)”, “7대특정암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)”, “7대특정암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 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】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표18】** (표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “7대특정암”, “림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ”, “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ 제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품 안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “표적항암제”이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “7대특정암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비Ⅱ으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 II	7대특정암	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “림프종 및 백혈병 관련암 II”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비 II으로 보험수익자에게 지급합니다.

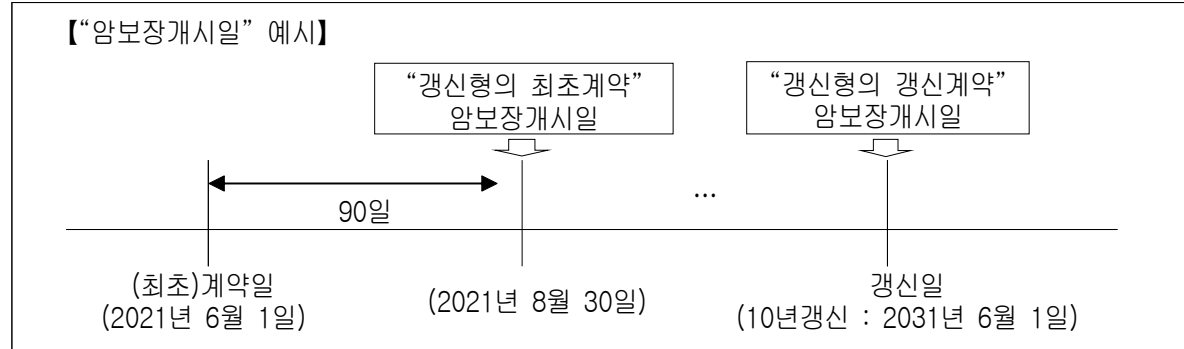
구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 II	림프종 및 백혈병 관련암 II	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외)” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비 II으로 보험수익자에게 지급합니다.

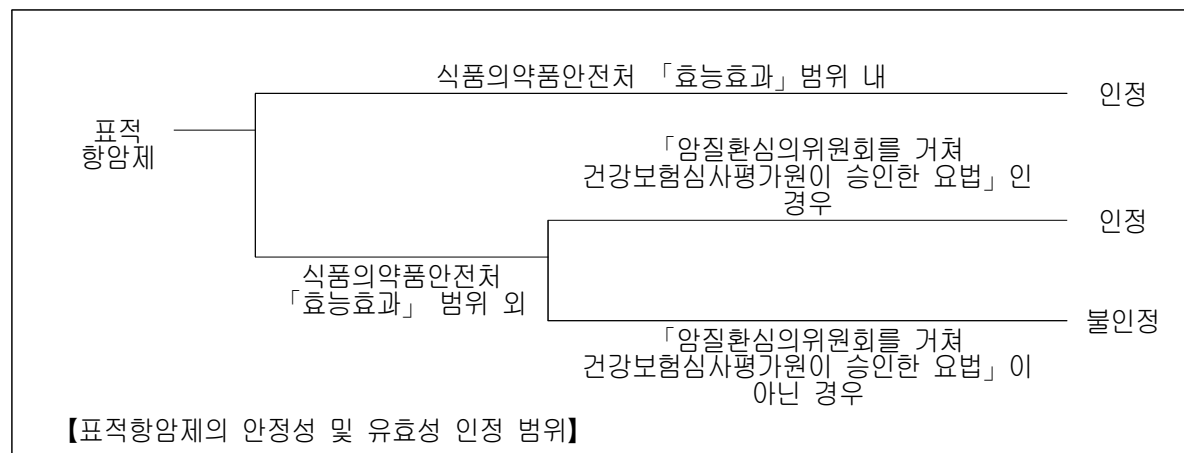
구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 180일 미만	보험계약일로부터 180일 이상 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 II	암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외)	-	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	기타피부암 갑상선암	보험가입금액의 25%		보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “기타피부암” 및 “갑상선암”에 대한 “보장개시일”은 계약일(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다. 단, 제10조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】

■ 의약품 품목허가

- 분류번호 : 421(항악성종양제)
- 효능효과 : 유방암의 치료

보장제



■ 효능효과 추가 허가

- 효능효과 : 유방암, 위암의 치료

보장



2021년 1월 1일

2021년 7월 1일(처방일)
위암진단 및 위암의
치료목적으로 1차
표적항암제 처방·투약
→ 표적항암약물허가치료
미해당

2022년 1월 1일

2022년 4월 1일(처방일)
위암의 치료목적으로
2차 표적항암제
처방·투약
→ 표적항암약물허가치료
해당

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】

■ 의약품 품목허가

- 분류번호 : 421(항악성종양제)
- 효능효과 : 유방암, 위암의 치료

■ 효능효과 허가 취소

- 효능효과 : 유방암의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제



2021년 1월 1일

2022년 1월 1일

2022년 4월 1일(처방일)
위암진단 및 위암의
치료목적으로 1차 표적항암제
처방·투약
→ 표적항암약물허가치료
미해당

- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

- 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비Ⅱ(7대특정암), 표적항암약물허가치료비Ⅱ(림프종 및 백혈병 관련암Ⅱ), 표적항암약물허가치료비Ⅱ(7대특정암,림프종및백혈병관련암Ⅱ제외)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

151. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“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, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【세기조절방사선치료법】

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 중앙 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

【입자방사선치료】

전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자 방사선치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

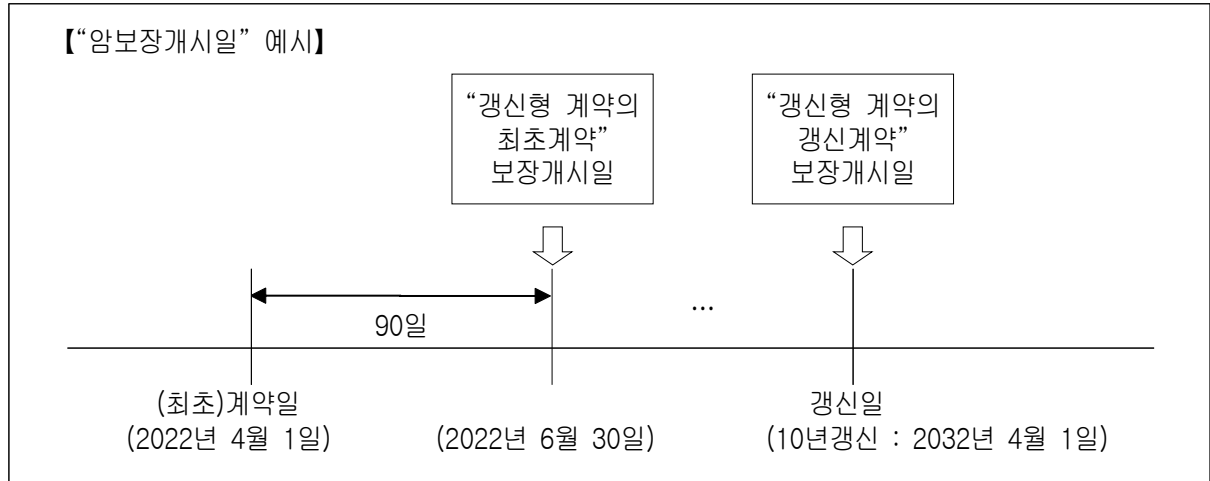
구분		지급금액			
		최초계약			
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
표적항암 방사선치료비 (항암세기 조절방사선) (최초1회한)	“암”	-	이 특약 보험가입금액의 25%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 특약 보험가입금액의 25%		이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제6조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

③ “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.



제5조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일로부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자

사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

152. 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관

계속받는표적항암약물허가치료비 특별약관은 다음 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
2. 표적항암약물허가치료비(연간1회한)

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 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】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는 데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표18】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 “암보장개시일” 이후 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암” 또는 “보장개시일” 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에 회사는 아래의 금액을 계속받는표적항암약물허가치료비(이하 “표적항암약물허가치료비”라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

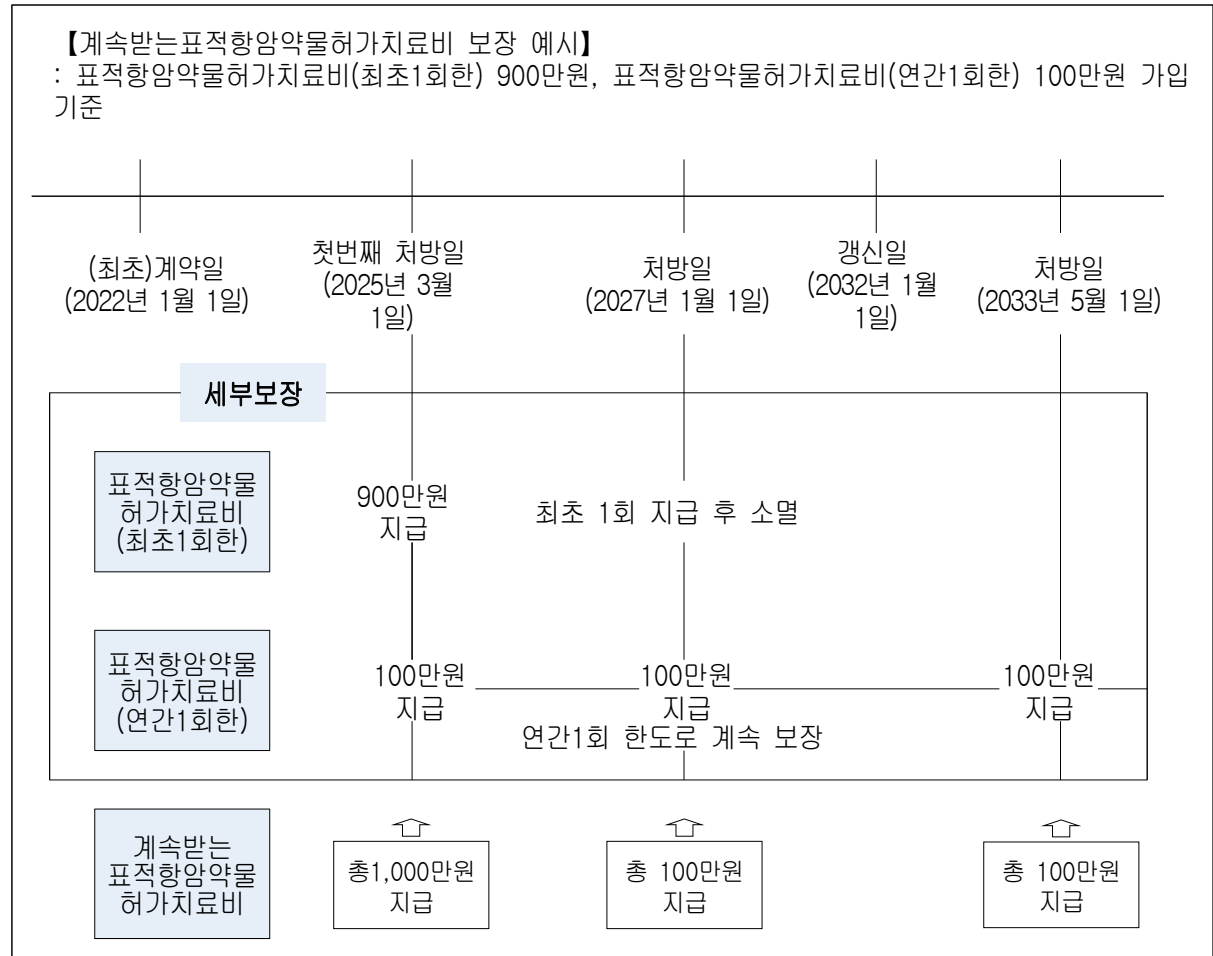
【 표적항암약물허가치료비(최초1회한) 】

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 (최초1회한)	“암”	-	이 보장 보험가입금액 의 25%	이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액

【 표적항암약물허가치료비(연간1회한) 】

구분		지급금액				
		최초계약				갱신계약
		계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
표적항암 약물허가 치료비 (연간1회한)	“암”	-	이 보장 보험가입금액 의 25%	이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액
	“기타피부암” “갑상선암”	이 보장 보험가입금액의 25%		이 보장 보험가입금액 의 50%	이 보장의 보험가입 금액	이 보장의 보험가입 금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 처방 되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.

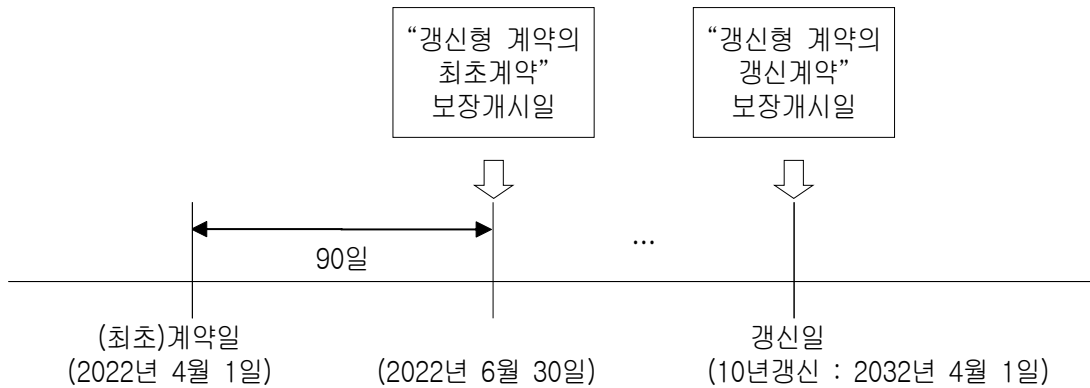


제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회

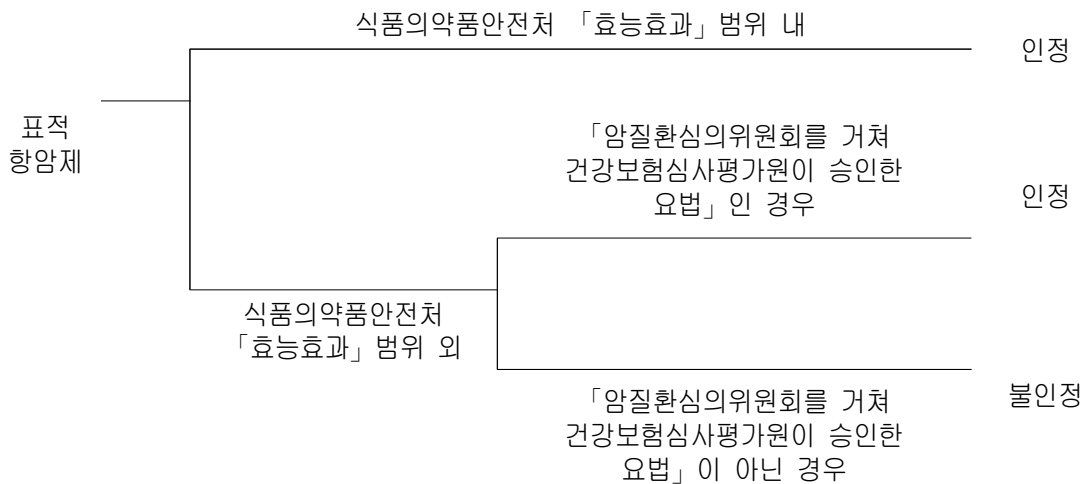
사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② “기타피부암”, “갑상선암”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 계속받는표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의 위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위】



- ④ 제4조(보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】

■ 의약품 품목허가

-분류번호 :
421(항악성종양제)
-효능효과 :
유방암의 치료

보장제외



■ 효능효과 추가허가

-효능효과 :
유방암, 위암의 치료

보장



2022년 1월 1일

2022년 7월 1일
(처방일)
위암진단 및 **위암**의
치료목적으로 1차
표적항암제 처방·투약
→표적항암약물허가치
료 **미해당**

2023년 1월 1일

2023년 4월 1일
(처방일)
위암의 치료목적으로
2차 표적항암제
처방·투약
→표적항암약물허가
치료 **해당**

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】

■ 의약품 품목허가

-분류번호 :
421(항악성종양제)
-효능효과 :
유방암, 위암의 치료

■ 효능효과 허가 취소

-효능효과 : **유방암**의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제외



2022년 1월 1일

2023년 1월 1일

2023년 4월 1일
(처방일)
위암진단 및 **위암**의
치료목적으로 1차 표적항암제
처방·투약
→표적항암약물허가 치료
미해당

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)

- 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환
심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
- 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방
전 및 약제비계산서
4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증,
본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법
규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의
료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암
보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하
며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약
관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 소멸) 제1항에 따라 표적항암약물허가치료비(최
초1회한) 세부보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 해당 세부보장은 갱신되지
않습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 표적항암약물허가치료비
(최초1회한) 세부보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의
계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발
생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료
및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립
액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니
다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로
봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경
우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자
사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계
약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

153. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한) (갱신형) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용하여 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“항암호르몬약물치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “항암호르몬약물치료제”라 함은 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 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 9월 기준 항암호르몬약물치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표51】** (항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “항암호르몬약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “항암호르몬약물치료제”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 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「항암호르몬약물치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「항암호르몬약물치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

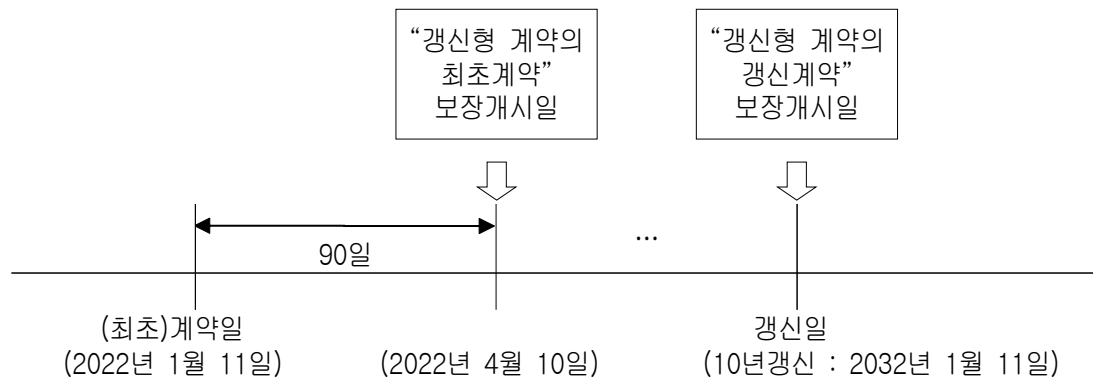
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 “암보장개시일” 이후 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 2년미만	계약일로부터 2년 이상	
항암호르몬약물 허가치료비 (기타피부암 및 갑상선암제외) (최초1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

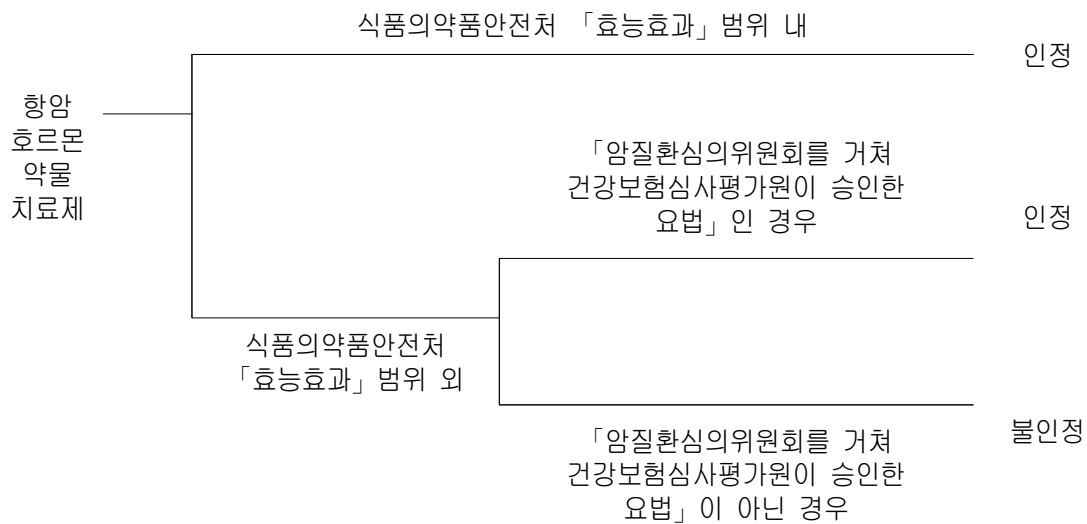
- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



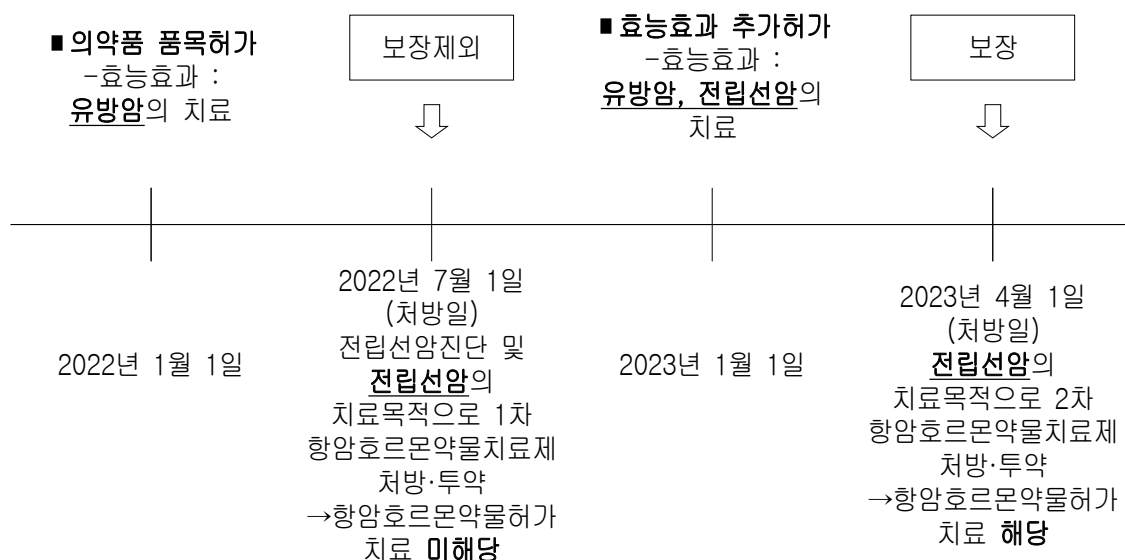
- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료비는 “항암호르몬약물치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【항암호르몬약물치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

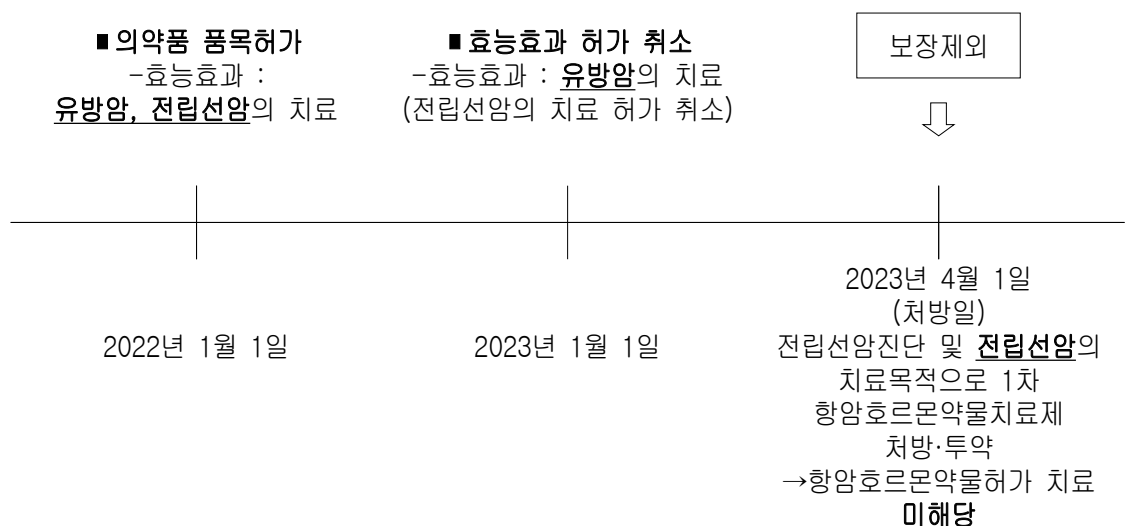


- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 “항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우라 함은 “항암호르몬약물치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“항암호르몬약물치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】



【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전

- (처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
 4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

154. 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“갑상선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“갑상선암수술후호르몬약물치료”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “갑상선암호르몬치료제”라 함은 “갑상선암” 수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 “갑상선암” 수술 후 치료 또는

재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 약제를 말하며, “항암약물치료”는 해당되지 않습니다.

【갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표52】** (갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “갑상선암수술후호르몬약물치료”라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 제1항에서 정한 “갑상선암호르몬치료제”를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「갑상선암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「갑상선암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 “갑상선암”의 수술 후 “갑상선암수술후호르몬약물치료”를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 2년 미만	계약일로부터 2년 이상	
갑상선암수술후 호르몬약물치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 갑상선암수술후호르몬약물치료 증명서
 - 가. 갑상선암수술후호르몬약물치료 진단서 또는 갑상선암수술후호르몬약물치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의 위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

155. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“카티(CAR-T)보장대상암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “카티(CAR-T)보장대상암”이라 함은 【별표76】(카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ 제2항의 “카티(CAR-T)보장대상암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“항암약물치료”의 정의)

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T)보장대상암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

제3조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특약에서 “카티(CAR-T)치료제”라 함은 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포[카티(CAR-T)세포]를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T)치료제】

카티(CAR-T)치료제는 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.

【카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

카티(CAR-T)치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 7월 기준 카티(CAR-T)치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표77】**(카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특약에 있어서 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”라 함은 제2조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T)보장대상암”의 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」 확인, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」
: 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「카티(CAR-T)치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「카티(CAR-T)치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

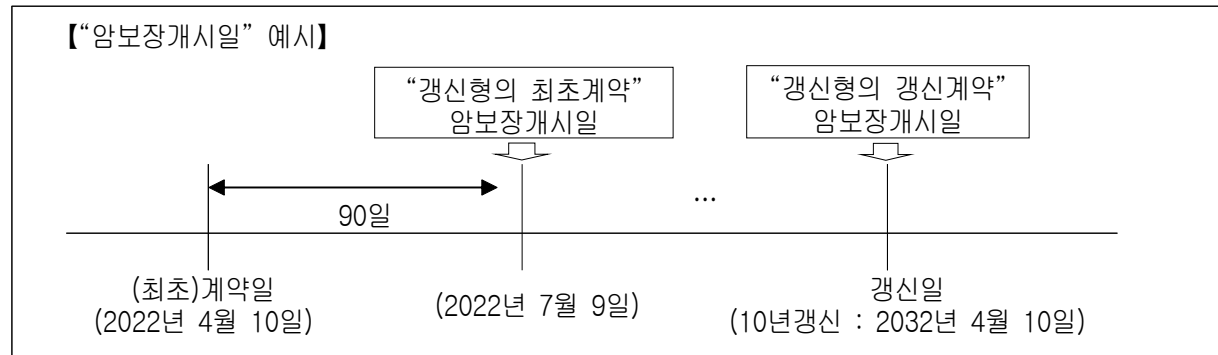
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “카티(CAR-T)보장대상암”으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

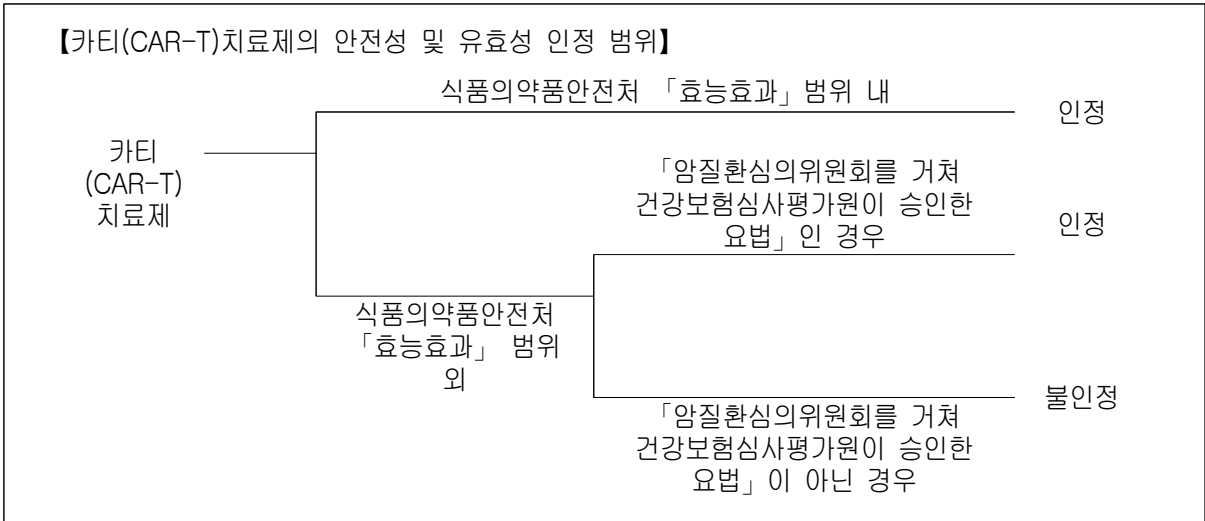
구분	지급금액				
	최초계약				갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
카티(CAR-T) 항암약물허가치료비 (최초1회한)	-	이 특약 보험가입금액의 25%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입 금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

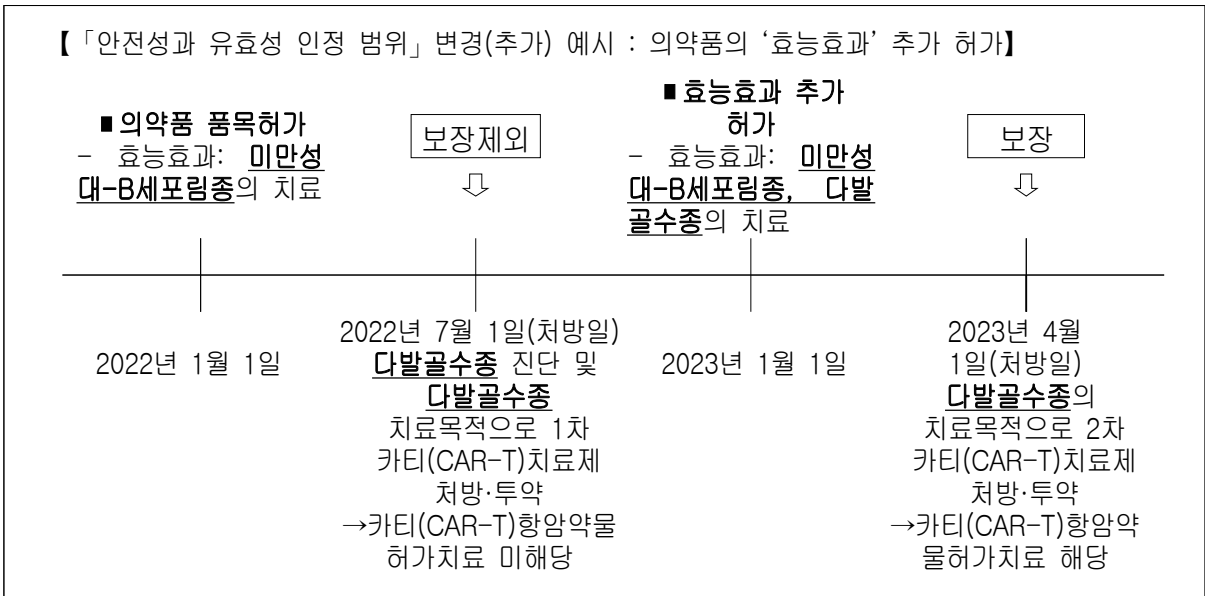
- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1조(“카티(CAR-T)보장대상암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “카티(CAR-T)보장대상암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



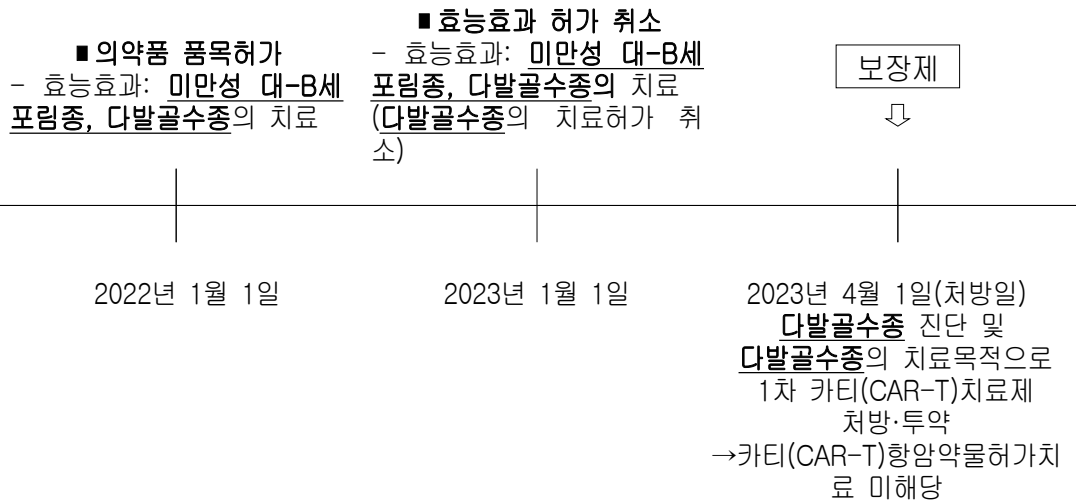
- ② 제4조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료비”는 “카티(CAR-T)보장대상암”의 진단 확정 이전에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.
- ③ 제4조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료비”는 “카티(CAR-T)치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ④ 제4조(보험금의 지급사유)의 “카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “카티(CAR-T)치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】



- ⑤ 제4항에 따라 '안전성과 유효성 인정범위'가 변경되는 경우, 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위'에 따라 카티(CAR-T)보장대상임을 변경하여 적용합니다.
- ⑥ 카티(CAR-T)치료제를 처방받고 약물이 투여되지 않은 경우에는 보장하지 않습니다. 다만, 이 특별약관의 보험기간 이내에 카티(CAR-T)치료제를 처방 받았으나 의사와 일정 협의 등으로 보험기간 이후에 약물을 투여 받은 경우에는 이를 보장하여 드립니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중 에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
 - 가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 진단서 또는 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의 위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특약의 무효)

이 특약을 맺을 때 피보험자가 보험계약일로부터 “암보장개시일”의 전일 이전에 “카티(CAR-T)보장대상암”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 소멸)로 이 특약이 소멸되는 경우 차회 갱신일 부터 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

156. 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“자궁근종”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “자궁근종”이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근종)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “자궁근종”의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “자궁근종”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“고강도초음파집속술(HIFU)”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “고강도초음파집속술(HIFU)”이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 “고강도초음파집속술(HIFU)”이 필요하다고 인정되는 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 “자궁근종”의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
 1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MR) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양을 응고괴사시키는 의료행위
 2. 【별표90】(고강도초음파집속술(HIFU) 분류표)에서 정한 “수가코드”에 해당하는 경우
- ② 제1항 제2호에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항 제2호의 “수가코드”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 제1항 제1호에서 정한 “고강도초음파집속술(HIFU)”과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.
- ④ 제1항의 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “자궁근종”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 “고강도초음파집속술(HIFU)”을 받은 경우에 회사는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(자궁근종) (최초1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 기재), 치료확인서, 수술확인서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

157. 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(“다빈치로봇을 이용한 특정수술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “다빈치로봇을 이용한 특정수술”이라 함은 “다빈치로봇을 이용한 수술” 중 아래의 수술에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 근치적 방광절제술 및 적출술(Radical Cystectomy)
 2. 신부분절제술 및 적출술(Partial Nephrectomy)
 3. 근치적 전립선절제술 및 적출술(Radical Prostatectomy)
- ② 제1항의 “다빈치로봇을 이용한 수술”은 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[수술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci [®]	QZ961

【다빈치로봇을 이용한 수술】

다빈치로봇을 이용한 수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술과정의 전체 혹은 일부분을 다빈치로봇이 담당하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치로봇 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ③ 제2항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치로봇을 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇을 이용한 수술”을 받은 것으로 봅니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정예 따라 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “다빈치로봇을 이용한 수술”에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “다빈치로봇을 이용한 특정수술”을 받은 경우에 회사는 세부수술별(근치적 방광 절제술 및 적출술, 신부분절제술 및 적출술, 근치적 전립선 절제술 및 적출술)로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상	
다빈치로봇특정수술비 (연간 1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정 기준일자는 “다빈치로봇을 이용한 특정수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

158. 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

158-1. 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)(갱신형) 보장

제1조(“암(갑상선암및전립선암제외)” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 “암(갑상선암및전립선암제외)”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)), C61(전립선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 보장에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 보장에서 “전립선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C61(전립선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- 다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “암(갑상선암및전립선암제외)”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“다빈치로봇 암수술”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “다빈치로봇 암수술”이란 “암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci①	QZ961

【다빈치로봇암수술】

다빈치로봇암수술이란 “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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇 암수술”을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및

급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료 행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 기타 이와 유사한 시술

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

- ⑤ 제4항 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료)을 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증

가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

제4조(보험금의 지급사유)

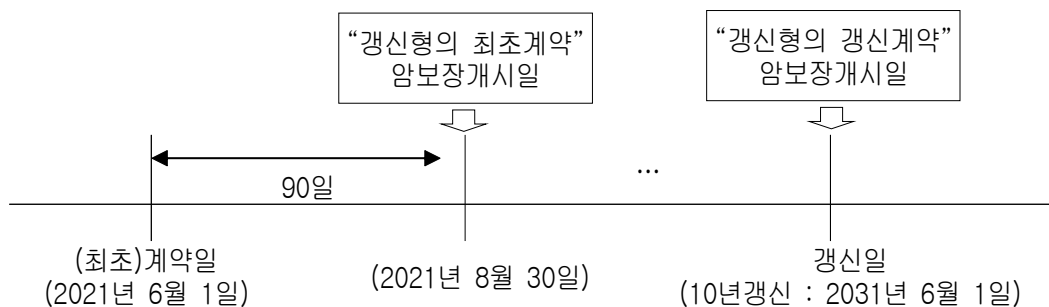
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단 확정되고 그 “암(갑상선암및전립선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	최초계약				갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
다빈치로봇암수술비 (갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)	-	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“암(갑상선암및전립선암제외)” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암(갑상선암및전립선암제외)”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제10조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“암보장개시일” 예시】



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암 보장개시일” 전일 이전에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(보장의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(보장의 소멸)로 이 보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

158-2. 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)(최초1회한)(갱신형) 보장

제1조(“갑상선암및전립선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장에서 “갑상선암및전립선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암)), C61(전립선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ③ “갑상선암및전립선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ④ 제3항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “갑상선암및전립선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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(“다빈치로봇 암수술”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “다빈치로봇 암수술”이란 “갑상선암및전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci [㉠]	QZ961

【다빈치로봇암수술】

다빈치로봇암수술이란 “갑상선암및전립선암”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 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 개정"에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료 행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술
 8. “항암방사선치료”, “항암약물치료”

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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 제8호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

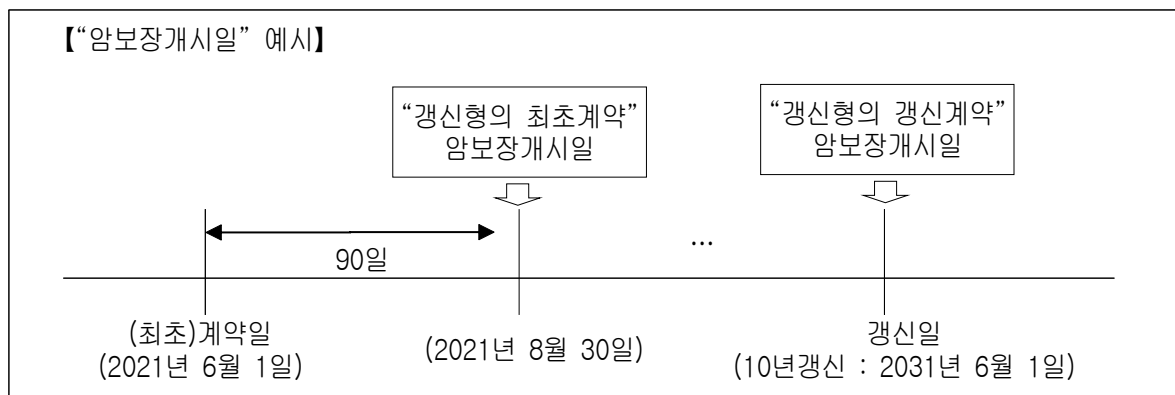
제4조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후에 “갑상선암및전립선암”으로 진단 확정되고 그 “갑상선암및전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액				
	최초계약				갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일 초과 180일 미만	계약일로부터 180일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
다빈치로봇암수술비 (갑상선암및전립선암)(최초1회한)	-	이 보장의 보험가입금액의 25%	이 보장의 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“갑상선암및전립선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “갑상선암및전립선암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제10조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “암보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 무효)

피보험자가 계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 전일 이전에 “갑상선암및전립선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제8조(보장의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경

우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제10조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제8조(보장의 소멸)로 이 보장이 소멸되는 경우 차회 갱신일부터 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제11조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

159. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

159-1. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한

질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 채워변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

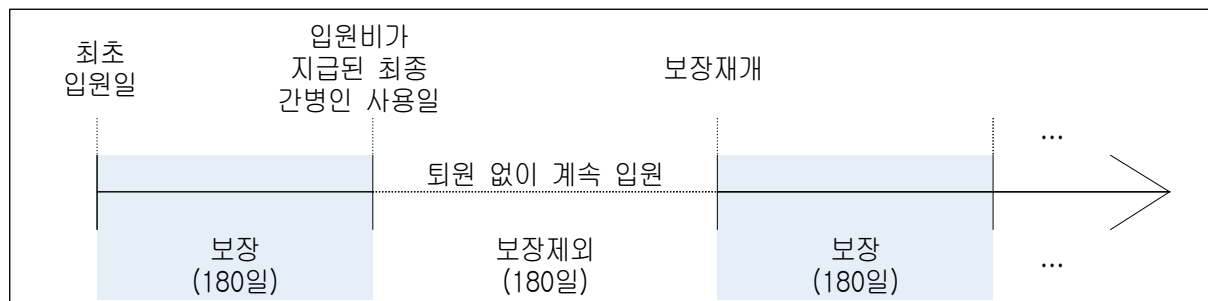
- ※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- ※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

159-2. 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우

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

【간병인의 주요업무(예시)】

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

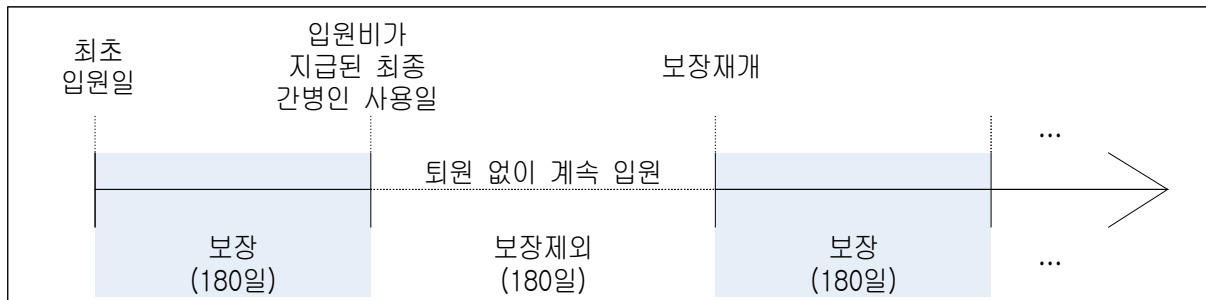
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(요양병원)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인사용 질병입원비 (1일이상180일한도) (요양병원)	1일당 이 보장 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)

에 따라 입원비를 계속 보장합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 3. 성병
- 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또

- 는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

160. 간병인사용 질병입원비 II (1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

160-1. 간병인사용 질병입원비 II (요양병원,한방병원및의원제외) (1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 한방병원 및 의원은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 보장에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 보장에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 보장 보험가입금액의 25%	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와

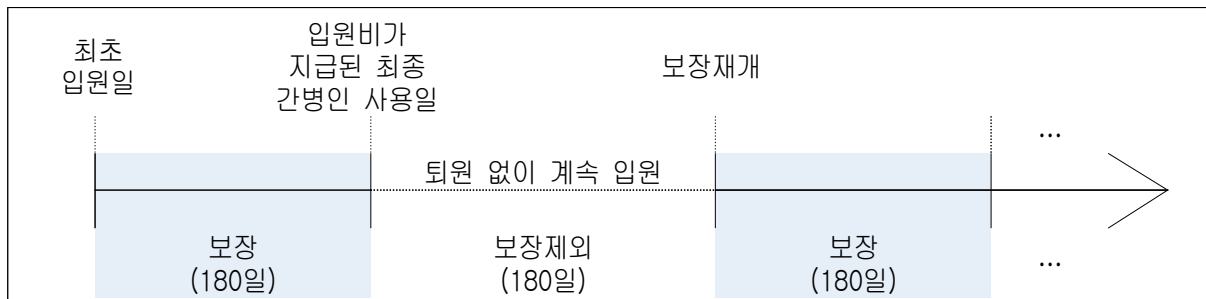
간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도) 계산 예시】

- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2022년 4월 1일 ~ 2022년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2022년 4월 10일 ~ 4월 17일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당.
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원,한방병원및의원제외)(1일이상180일한도) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원(단, 요양병원, 한방병원 및 의원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

160-2. 간병인사용 질병입원비 II (요양병원)(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.

- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

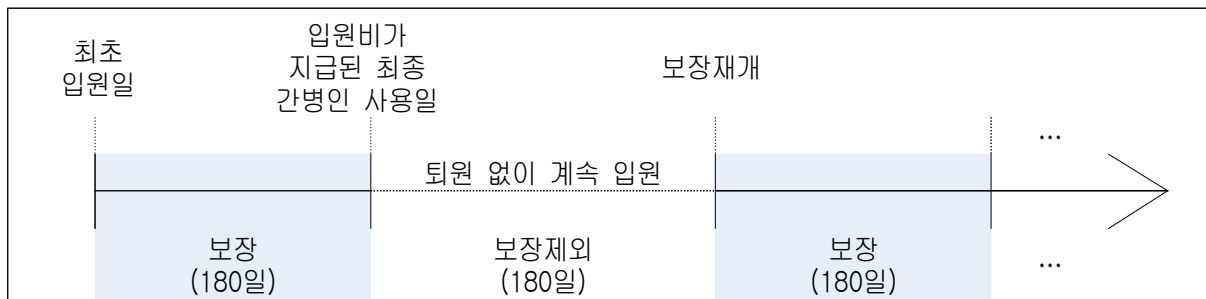
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양 병원) (1일이상180일한도)	1일당 이 보장의 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용함

니다.

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 3. 성병
- 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음

을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

160-3. 간병인사용 질병입원비 II (한방병원및의원)(1일이상180일한도) (비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“입원”의 정의와 장소)

① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원 및 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간병인”의 정의)

- ① 이 보장에 있어서 “간병인”이라 함은 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록한 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 한방병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무(예시)】

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

제3조(보험금의 지급사유)

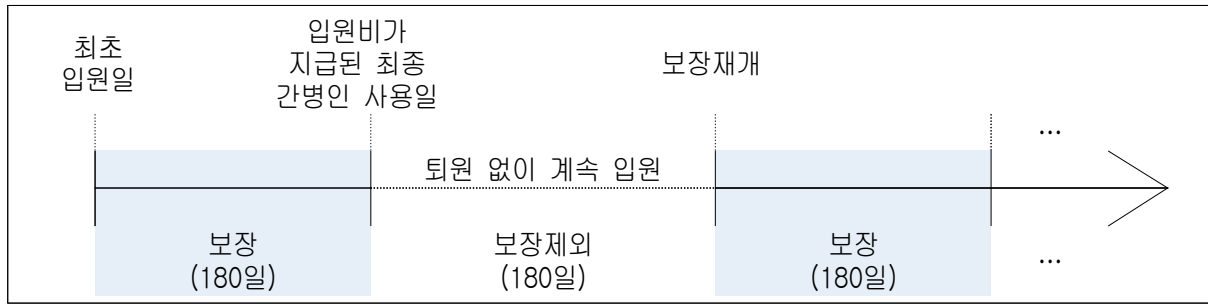
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 한방병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 “간병인”을 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원비Ⅱ(한방병원및의원)(1일이상180일한도)(이하 ‘입원비’라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간병인사용 질병입원비Ⅱ(한방 병원및의원) (1일이상180일한도)	1일당 이 보장 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종간병인 사용일부터 180일이 경과하도

록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 및 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 한방병원 및 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 제2조(“간병인”의 정의)에서 정한 “간병인”을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 - 가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - 나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
 5. 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
 6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 한방병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

161. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일 이상 180일 한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 보장에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 질병의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외하며, 이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원”이란 의사에 의해 진단 이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단 확정된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 보장에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할수있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
 - ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
 - ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
 - ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
- ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

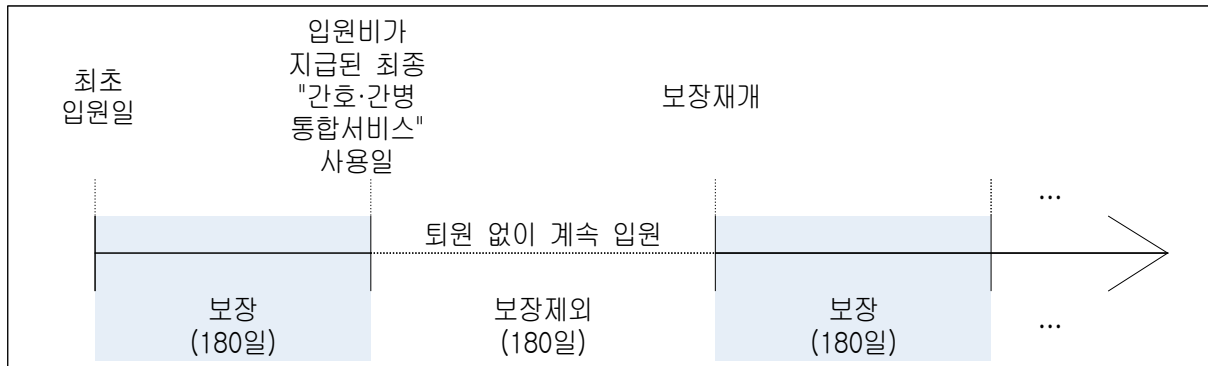
제3조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원하여 치료를 받으며 "간호·간병통합서비스"를 사용한 경우에 회사는 사용한 날에 대하여 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(이하 '입원비'라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
간호·간병 통합서비스사용 질병입원비 (1일이상180일한도)	1일당 이 보장의 보험가입금액의 50%	1일당 이 보장의 보험가입금액	1일당 이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 최종 "간호·간병통합서비스" 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종 "간호·간병통합서비스" 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 "간호·간병통합서비스" 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제3조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개 수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제2조(“간호·간병통합서비스”의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

162. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관은 아래의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한) (유사암및소액암제외)
2. 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한) (소액암)

제1조(“중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91-1】(중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91-2】(중증질환자 소액암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “산정특례 암(유사암 및 소액암제외) 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “신규암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “산정특례 소액암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제2항 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “신규암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “신규암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “신규암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환” 또는 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환” 또는 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정된 경우를 말합니다.

환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑨ 제7항에도 불구하고 D32(수막의 양성신생물) 및 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)의 진단확정은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑩ 제3항 내지 제4항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확인한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 “중증질환자 암(유사암및소액암제외) 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 암(유사암 및 소액암제외) 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

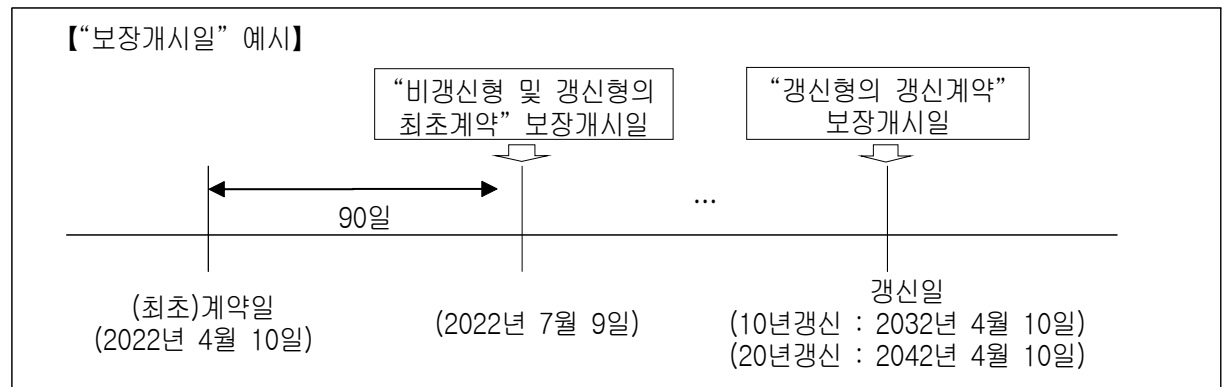
구분		지급금액			
		비갱신형 및 갱신형의 최초계약			갱신형의 갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)	유사암및소액암제외	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 소액암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분		지급금액			
		비갱신형 및 갱신형의 최초계약			갱신형의 갱신계약
		보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)	소액암	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”등의 정의)에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 암(유사암 및 소액암제외) 등록” 또는 “산정특례 소액암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(암(유사암제외)) 치료비Ⅱ(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 중증질환자 암 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례대상 재등록】
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 “보장개시일”의 전일 이전에 제1조(“중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 “중증질환자 암(유사암및소액암제외) 산정특례 대상질환” 또는 “중증질환자 소액암 산정특례 대상질환”으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(유사암 및 소액암제외), 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(소액암)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 각각 1회씩 지급한 경우에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

163. 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 유사암 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91-3】(중증질환자 유사암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “산정특례 유사암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “신규암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “신규암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “신규암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑤ “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기

록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑦ 제2항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 유사암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	비갱신형 및 갱신형의 최초계약		갱신형의 갱신계약
	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(유사암)치료비 (최초1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 유사암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ④ 중증질환자 암 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례대상 재등록】
 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“중증질환자 유사암 산정특례 대상질환” 등의 정의) 제1항 “중증질환자 유사암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(유사암)치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

164. 산정특례(중복암및재등록암)치료비(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

164-1. 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 보장에서 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91】(중증질환자 암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “산정특례 중복암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “중복암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ③ 이 보장에서 “중복암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조 4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “중복암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ④ “중증질환자 암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑥ 제4항에도 불구하고 D32(수막의 양성신생물) 및 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)의 진단확정은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

【중증질환자 암 산정특례 중복암 등록】

“본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제4항

- 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일로부터 산정특례를 적용한다.

제2조(보험금의 지급사유)

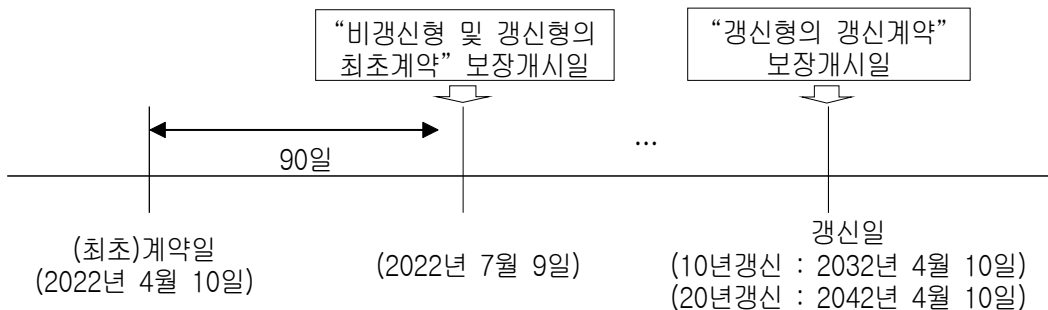
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”이후에 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 중복암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	비갱신형 및 갱신형의 최초계약			갱신형의 갱신계약
	보험계약일로부터 90일 이내	보험계약일로부터 90일 초과 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이상	
산정특례(중복암)치료비 (최초1회한)	-	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 “중복암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로부터(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제8조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【중복암 “보장개시일” 예시】



- ② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여)

여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 중복암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중복암)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(보장의 무효)

피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일” 전일 이전에 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 중복암에 해당하는 질병으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중복암)치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(보장의 소멸)에 의하여 이 보장이 소멸되는 경우 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

164-2. 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환” 등의 정의)

- ① 이 보장에서 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”이라 함은 【별표91】(중증질환자 암 산정특례 대상질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 보장에 있어서 “산정특례 재등록암 등록”이라 함은 보험기간 중에 제1항 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 확정되고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “재등록암”으로, 【별표91-4】(중증질환자 암 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상으로 등록을 완료한 경우를 말합니다.
- ③ 이 보장에서 “재등록암”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 “재등록암”으로 표기된 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ④ “중증질환자 암 산정특례 대상질환”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.
- ⑤ 제4항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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

- ⑥ 제4항에도 불구하고 D32(수막의 양성신생물) 및 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)의 진단확정은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증질환자 암 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증질환자 암 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

【중증질환자 암 산정특례 재등록】

“본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제8조(산정특례 재등록)

- 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제2조(보험금의 지급사유)

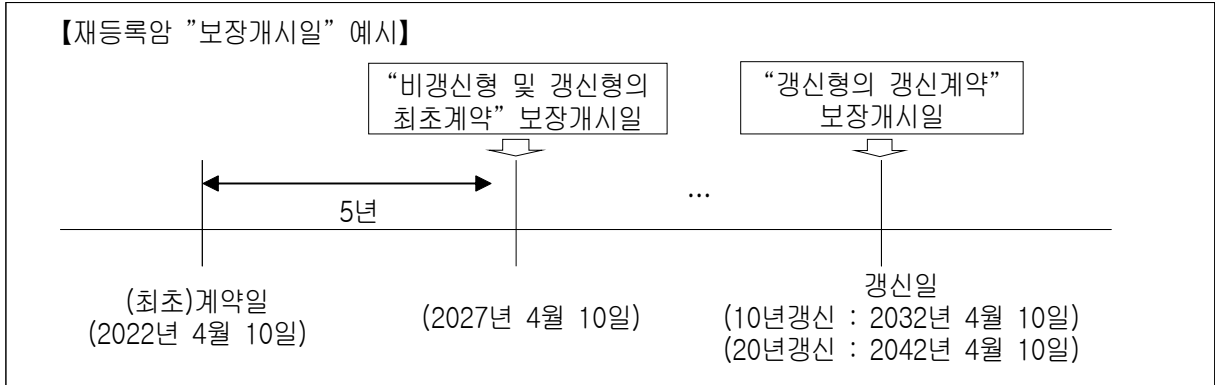
피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “보장개시일” 이후에 “중증질환자 암 산정특례 대상질환”으로 진단확정되고, 해당 질병의 직접적인 원인으로 “산정특례 재등록암 등록”이 된 경우 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액		
	비갱신형 및 갱신형의 최초계약		갱신형의 갱신계약
	보험계약일로부터 5년 이내	보험계약일로부터 5년 초과	
산정특례(재등록암)치료비 (최초1회한)	-	이 보장의 보험가입금액	이 보장의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고

제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 “재등록암”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 5년이 지난날의 다음날로부터(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, “산정특례 재등록암 등록” 신청일이 보장개시일 이전 3개월 이내인 경우에는 “산정특례 재등록암 등록” 신청일을 보장개시일로 하며, 제8조(보장의 갱신)에 따라 갱신되는 보장의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.



- ② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “산정특례 재등록암 등록”이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(재등록암)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(보장의 무효)

피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 “보장개시일” 전일 이전에 제1조(“중증질환자 암 산정특례 대상질환”등의 정의)에서 정한 재등록암에 해당하는 질병으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 단, “산정특례 재등록암 등록” 신청일이 보장개시일 이전 3개월 이내인 경우에는 그러하지 않습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제7조(보장의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(재등록암)치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 보장의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보장의 갱신)

- ① 이 보장이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제7조(보장의 소멸)에 의하여 이 보장이 소멸되는 경우 이 보장은 갱신되지 않습니다.

제9조(준용규정)

이 보장에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

165. 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 특별약관

보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 특별약관은 3종 또는 4종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전

암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.

- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암” 또는 “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 또는 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여

내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)은 매년 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당 연도의 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (유사암진단)(8대진단용)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단 확정된 경우
 2. 보험기간 중에 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”으로 진단 확정된 경우
 3. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

166. 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형) 특별약관

보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형) 특별약관은 7종 또는 8종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타

관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표 83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)은 매년 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 1. 피보험자가 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 때
 2. 피보험자가 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때
 3. 피보험자가 제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기간경화”로 진단이 확정되었을 때
 4. 피보험자가 제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기신부전증”으로 진단이 확정되었을 때
 5. 피보험자가 제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기폐질환”으로 진단이 확정되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (5대진단,고급형)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 2. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이

80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우

- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(5대진단, 고급형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

167. 보험료납입면제지원금(유사암진단, 고급형)(기본계약용) 특별약관

보험료납입면제지원금(유사암진단, 고급형)(기본계약용) 특별약관은 7종 또는 8종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.

- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암” 또는 “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 또는 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)은 매년 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (유사암진단,고급형) (기본계약용)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까

지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 2. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이

- 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

168. 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 특별약관

보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 특별약관은 7종 또는 8종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 제2항 내지 제5항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.

- ⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정 준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑧ “암” 또는 “유사암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 또는 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에만 하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는

경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)은 매년 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해

당일로 합니다.

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (유사암진단,고급형) (5대진단용)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대

진단용)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 해당하는 경우 이 특약은 소멸되어 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
 1. 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 2. 보험기간 중에 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”으로 진단 확정된 경우
 3. 상해 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

169. 암진단비(유사암제외,면책없음,감액없음) 특별약관

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한

C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑤ “암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급하여 드립니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암” 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실 확인된 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

170. 암진단비(유사암및특정소액암제외,면책없음,감액없음) 특별약관

제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “암(유사암및특정소액암제외)”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정소액암”, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에서 “특정소액암”이라 함은 제3항에서 정한 “유방암 및 남녀생식기 관련 암” 및 제4항에서 정한 “대장점막내암”을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “유방암 및 남녀생식기 관련 암”이라 함은 【별표2】 (악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병 중 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

또한 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- ④ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장점막내암 예시】

상피세포층(epithelium)		
점막고유층 (lamina propria)	①	▲ 기저막(basement membrane)
점막근층 (muscularis mucosa)	②	
점막하층 (submucosa)		

(: 악성종양세포 침범깊이)

- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑥ “암(유사암및특정소액암제외)”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암및특정소액

암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암및특정소액암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암(유사암및특정소액암제외)”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암및특정소액암제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 암진단비(유사암및특정소액암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

171. 유사암진단비(감액없음) 특별약관

제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 “유사암”이라 합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ “유사암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우에 회사는 각각 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“유사암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

172. 뇌졸중진단비(감액없음) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌졸중으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

173. 뇌출혈진단비(감액없음) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 【별표13】(뇌출혈 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단 확정되어 제2조

(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

174. 뇌혈관질환진단비(감액없음) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

175. 급성심근경색증진단비(감액없음) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표 6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

176. 허혈성심장질환진단비(감액없음) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 【별표 14】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환임이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단 확정되어 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급

한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

177. 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(“갑상선 바늘생검 조직병리진단”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.
- ② “갑상선 바늘생검 조직병리진단”에는 주사기에 달린 바늘로 조직을 찔러서 내용을 빨아들여 묻어 나온 세포 또는 조직을 채취하여 검사하는 흡인생검을 통한 갑상선의 조직병리진단이 포함됩니다. 다만, 종양 또는 의증이 되는 병변부위를 절개하여 일부만 절취하는 절개생검 및 전체를 제거하는 절제생검을 통한 갑상선의 조직병리진단은 보장에서 제외합니다.
- ③ “갑상선 바늘생검 조직병리진단”은 보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특약의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
갑상선바늘생검 조직병리진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제1조(“갑상선 바늘생검 조직병리진단”의 정의)에서 정한 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선바늘생검조직병리진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)”필수 기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 여권 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“갑상선 바늘생검 조직병리진단”의 정의)에서 정한 “갑상선 바늘생검 조직병리진단”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 갑상선바늘생검조직병리진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

178. 전립선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(“전립선 바늘생검 조직병리진단”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “전립선 바늘생검 조직병리진단”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “전립선 바늘생검 조직병리진단”이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.
- ② “전립선 바늘생검 조직병리진단”에는 주사기에 달린 바늘로 조직을 찔러서 내용을 빨아들여 묻어 나온 세포 또는 조직을 채취하여 검사하는 흡인생검을 통한 전립선의 조직병리진단이 포함됩니다. 다만, 종양 또는 의증이 되는 병변부위를 절개하여 일부만 절취하는 절개생검 및 전체를 제거하는 절제생검을 통한 전립선의 조직병리진단은 보장에서 제외합니다.
- ③ “전립선 바늘생검 조직병리진단”은 보험기간 중 전립선의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 “전립선 바늘생검 조직병리진단”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자(남성을 대상으로 합니다)가 이 특약의 보험기간 중 “전립선 바늘생검 조직병리진단”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 전립선바늘생검조직병리진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만 “전립선 바늘생검 조직병리진단”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특약의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
전립선바늘생검 조직병리진단비	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제1조(“전립선 바늘생검 조직병리진단”의 정의)에서 정한 “전립선 바늘생검 조직병리진단”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 전립선바늘생검조직병리진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)”필수기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 여권 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“전립선 바늘생검 조직병리진단”의 정의)에서 정한 “전립선 바늘생검 조직병리진단”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 전립선바늘생검조직병리진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

179. 급성당뇨합병증치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(“급성당뇨합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “급성당뇨합병증”이라 함은 【별표55】(급성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “급성당뇨합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신체검진 및 혈액검사를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “급성당뇨합병증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “급성당뇨합병증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 급성당뇨합병증치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성당뇨합병증치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “급성당뇨합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성당뇨합병증치료비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성당뇨합병증치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“급성당뇨합병증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성당뇨합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 급성당뇨합병증치료비에서 이미 지급된 계약자적립액

및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

180. 만성당뇨합병증치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(“만성당뇨합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “만성당뇨합병증”이라 함은 【별표56】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “만성당뇨합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표12-2】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
 1. 당뇨병성 망막증: 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 2. 당뇨병성 신증: 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
 3. 당뇨병성 신경병증: 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
 4. 당뇨병성 말초순환장애: 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “만성당뇨합병증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 만성당뇨합병증치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
만성당뇨합병증치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “만성당뇨합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증치료비(최초1회한)를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“만성당뇨합병증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “만성당뇨합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 만성당뇨합병증치료비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

181. 특정고혈압합병증치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(“특정고혈압합병증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “특정고혈압합병증”이라 함은 【별표57】(특정고혈압합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “특정고혈압합병증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수

엑검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자 검사, 심장초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 특정고혈압합병증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정고혈압합병증이 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “특정고혈압합병증”으로 진단확정된 경우에는 회사는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 특정고혈압합병증치료비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정고혈압합병증치료비 (최초1회한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “특정고혈압합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고혈압합병증치료비를 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고혈압합병증치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“특정고혈압합병증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “특정고혈압합병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 특정고혈압합병증치료비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑥ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 상해 및 질병 관련 특별약관 】

1. 경증이상치매진단비 특별약관

제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “경증이상치매상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 “경증이상 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “경증이상 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태에서 그 상태가 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 “경증이상치매상태”로 최종 진단 확정 될 수 있습니다.

【CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ “경증이상치매상태”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자의 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 “경증이상치매상태”가 계속 지속되었음을 확인함으로써 “경증이상치매상태”로 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 “경증이상치매상태”의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체 진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

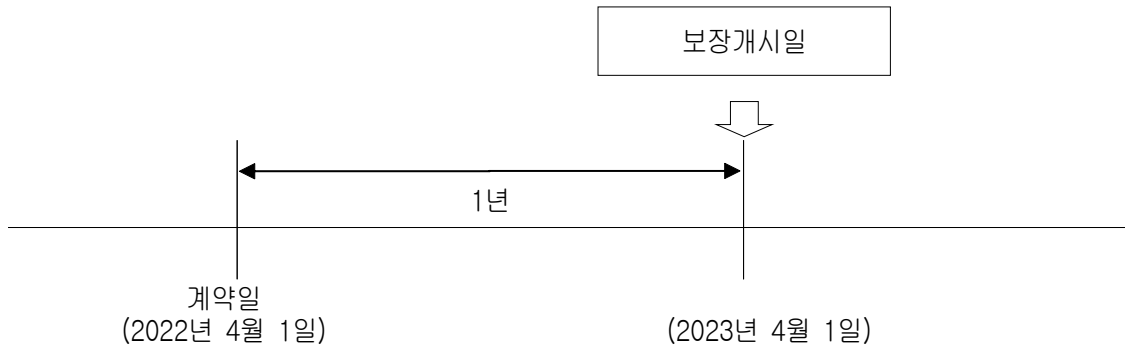
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 “경증이상치매상태”로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 경증이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
경증이상치매진단비	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “경증이상치매상태”에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다.

【“보장개시일” 예시】



- ② 제1항에도 불구하고 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경증이상치매상태”가 발생한 경우에는 “보장개시일”을 보험계약일로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경증이상치매상태”에 따라 CDR 1점 이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 “경증이상치매상태”로 진단 확정된 경우에도 경증이상치매진단비를 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애

3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본

5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “경증이상치매진단비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “경증이상치매상태”로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 중증치매진단비 특별약관

제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “중증치매상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 “인지기능의 장애”라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K(Mini-mental state examination, Korean version), 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한

정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1. 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.
 2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- ③ “중증치매상태”의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 “중증치매상태”가 계속 지속되었음을 확인함으로써 “중증치매상태”로 진단 확정됩니다.
- ④ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “중증치매상태”로 진단확정된 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 중증치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증치매상태가 되어 90일 이상 계속된 경우에 중증치매상태가 지속되던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 중증치매진단비를 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산,

불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “중증치매진단비”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. CT, MRI 검사지원비(치매, 급여, 연간1회한) 특별약관

제1조(“치매”의 정의)

이 특별약관에서 “치매”이라 함은 【별표120】(치매 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

제2조(“급여 치매 CT·MRI 촬영”의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “급여 치매 CT·MRI 촬영”이라 함은 의료법 제3조 및 제5조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “치매”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 일반전산화 단층영상진단(CT)(이하 ‘급여 일반전산화단층영상(CT)’라 합니다) 또는 자기공명영

상진단(MRI)(이하 ‘급여 자기공명영상진단(MRI)’라 합니다)을 사용하는 촬영 의료 행위를 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 치매 CT·MRI 촬영”은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 코드 중 “영상진단 및 방사선치료료” 항목에서 급여항목 ‘다-245 (일반전산화단층영상진단 Computed Tomography)’ 또는 ‘다-246 (자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging)’이 발생한 경우(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 “급여 치매 CT·MRI 촬영” 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수가코드의 폐지 또는 변경으로 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 전 급여인정 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 일반전산화단층영상(CT) 또는 자기공명영상진단(MRI) 촬영 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “급여 치매 CT·MRI 촬영” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(“치매”의 정의)에서 정한 “치매”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제2조(“급여 치매 CT·MRI 촬영”의 정의와 장소)에서 정한 “급여 치매 CT·MRI 촬영”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
CT, MRI 검사지원비(치매, 급여, 연간 1회 한)	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약 보험가입금액의 100%를 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 치매 CT·MRI 촬영”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수

익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(“치매”진단서 또는 진료기록부, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI 코드)포함), 진료비계산서 등) 단, 진료기록부에 【별표120】(치매 분류표)에서 정한 분류번호가 기재되어 있지 않은 경우 “치매” 진단 및 치료를 위한 필요소견이 확인되어야 합니다. 단, 진료기록부에서 “치매”의 진단 및 치료의 필요소견을 확인할 수 없는 경우 의사소견서를 제출하여야 합니다.
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 장기요양진단비(1등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

5. 장기요양진단비(1,2등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

6. 장기요양진단비(1,2,3등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~3등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2,3등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용

대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2,3등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

7. 장기요양진단비(1,2,3,4등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~4등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2,3,4등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변

경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용 대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2,3,4등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

8. 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1~5등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용합니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특

별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제4조(지정대리청구의 적용 대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 “장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)”를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해

약관금급 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

9. 십자인대 · 반월판연골 · 아킬레스건수술비(각 연간1회한, 급여) 특별약관

제1조(“십자인대질환” 및 “급여 십자인대수술” 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “십자인대질환”이라 함은 【별표 58】(십자인대질환 분류표)에서 정한 상병 또는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “십자인대질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “급여 십자인대수술”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎 관절 안에 위치한 전방십자인대 또는 후방십자인대가 파열되어 십자인대를 접합, 성형 또는 재건하는 수술을 말합니다.
- ④ 제3항의 “급여 십자인대 수술”은 【별표59】(급여 십자인대수술 분류표)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 십자인대수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 “급여 십자인대수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 십자인대수술 인정기준”을 따릅니다.

제2조(“반월판연골질환” 및 “급여 반월판연골수술” 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “반월판연골질환”이라 함은 【별표60】(반월판연골질환 분류표)에서 정의한 상병 또는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “반월판연골질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “급여 반월판연골수술”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 고평부(Plateau) 사이에서 있는 ‘C’ 자형의 반달모양의 연골이 손상되어 반월판(반월상) 연골을 봉합, 절제 또는 이식 하는 수술을 말합니다.
- ④ 제3항의 “급여 반월판연골수술”은 보험기간 중에 【별표61】(급여 반월판연골수술 분류표)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 반월판연골수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 반월판연골수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 반월판연골수술 인정기준”을 따릅니다.

제3조(“아킬레스건질환” 및 “급여 아킬레스건수술” 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “아킬레스건질환”이라 함은 【별표62】(아킬레스건질환 분류표)에서 정의한 상병 또는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “아킬레스건질환”의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “급여 아킬레스건수술”이라 함은 발뒤꿈치뼈(Calcaneus)와 종아리 근육 사이에 있는 힘줄인 아킬레스건이 손상되어 아킬레스건을 봉합,재건 또는 연장하는 수술을 말합니다.
- ④ 제3항의 “급여 아킬레스건수술”은 보험기간 중에 【별표63】(급여 아킬레스건수술 분류표)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 아킬레스건수술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 아킬레스건수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 아킬레스건수술 인정기준”을 따릅니다.

제4조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 각각 연간1회에 한하여 아래의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다

구분	지급금액
“급여 심자인대수술”	이 특약의 보험가입금액의 100%
“급여 반월판연골수술”	이 특약의 보험가입금액의 30%
“급여 아킬레스건수술”	이 특약의 보험가입금액의 100%

1. “심자인대질환”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 심자인대수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보장합니다.
 2. “반월판연골질환”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 반월판연골수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보장합니다.
 3. “아킬레스건질환”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 아킬레스건수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보장합니다.
- ② 각 세부보장은 수술 부위, 수술 종류 등에 관계없이 연간 2개 부위 또는 하나의 부위에 2종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에도 각 보장별 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 수술을 받은날로 합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다

다.

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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

10. 뇌혈관질환 · 심장관련질병 · 인공관절수술비 특별약관

제1조(“인공관절수술” 등의 정의 및 진단확정)

이 특약에 있어서 “인공관절 수술”이라 함은 아래에 정한 인공관절치환수술 및 인공 골두삽입술을 말합니다. 단, 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공 골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 제외합니다.

1. 인공관절치환수술이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 함)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜 주는 수술을 말합니다.
2. 인공골두삽입술이라 함은 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 수술을 말합니다.

제2조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 【별표12】(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“심장관련질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “심장관련질병”이라 함은 【별표20】(심장관련질병 분류표)에서 정한 급성류마티스열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈성 심장질환, 폐성심장병 및 폐순환의 질환, 기타형태의 심장병, 수막구균성 심장병으로 분류되는 질병을 말함

니다.

- ② 심장관련질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “인공관절수술”을 받거나 “뇌혈관질환” 또는 “심장관련질병”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 회사는 수술 1회당 이 특약의 보험가입금액을

뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

11. 기관절개수술비(급여) 특별약관

제1조(“급여 기관절개술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급여 기관절개술”이라 함은 「급여 기관절개술 대상 수가코드」(【별표64】(급여 기관절개수술 분류표) 참조)에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 수술에 대하여 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 수술의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 제1항의 “급여 기관절개술”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “기관절개술” 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 “급여 기관절개술”을 받은 경우에는 이 특약의 보험가입금액을 기관절개수술비(급여)로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동시에 두 가지 이상의 「급여 기관절개술 대상 수가코드」 (【별표64】(급여 기관절개수술 분류표) 참조)에 해당하는 수가코드를 받은 경우에는 하나의 기관절개수술비(급여)만 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정

한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

12. 창상봉합술치료비(급여, 1일1회한, 연간3회한) 특별약관

제1조(“급여 창상봉합술”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급여 창상봉합술”이라 함은 상해 또는 질병의 직접결과로써, “창상봉합술” 치료를 받은 경우를 말합니다. “창상봉합술”이라 함은 「급여 창상봉합술 대상 수가코드」(【별표92】(급여 창상봉합술 대상 수가코드 분류표) 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(“입원”을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심

사지침」의 개정으로 “급여 창상봉합술”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 창상봉합술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 “급여 창상봉합술”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 “급여 창상봉합술”을 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(급여, 1일1회한, 연간3회한)(이하 “창상봉합술치료비”라 합니다)로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.
- ③ 제2항의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

구 분	창상봉합술(안면 또는 경부)	창상봉합술(안면과 경부 이외)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수기재), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료

및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

13. 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여, 1일1회한, 연간3회한) 특별약관

제1조(“급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”이라 함은 상해 또는 질병의 직접결과로써, “창상봉합술” 치료를 받은 경우를 말합니다. “창상봉합술”이라 함은 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드」(【별표93】(급여 안면/경부 창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드 분류표) 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 “급여 안면부창상봉합술(3cm이상)”를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여, 1일1회한, 연

- 간3회한)(이하 “창상봉합술치료비(안면/경부)”라 합니다)로 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비(안면/경부)는 연간 3회한도로 보장합니다.
- ③ 제2항의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수기재), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

14. 응급실내원진료비(응급) 특별약관

제1조(“응급실”, “응급환자”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정하는 응급의료 기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.
- ② 이 특약에서 “응급환자”이라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 정하는 자로 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 “응급환자”에 해당하고 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우, 내원1회당 이 특약의 보험가입금액을 응급실내원진료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하

지 않습니다.

15. 깁스치료비 특별약관

제1조(“깁스(Cast)치료”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용 시켜(Circular Cast)감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다.“부목(Splint cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우에 회사는 이 특약의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

16. 수혈치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(“수혈”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수혈”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)의 의료법 제5조(의사·치과의사· 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 【별표121】(급여 수혈 의료행위 분류표)에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “진료행위”라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항의 진료행위 외에도 해당하는 “수혈”이 있는 경우에는 그 “수혈”도 포함하는 것으로 합니다.
- ③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “수혈”에 준하여 “수혈 보장 코드”를 결정합니다.
- ④ 제1항의 “수혈”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수혈항목에서 급여 항목이 발생한 경우를 말하며, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 제1조(“수혈”의 정의 및 장소)에서 정한 “수혈”을 받은 경우에 회사는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 수혈치료비(급여,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 진료행위를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)의 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 연습도 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
- ④ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과 질환
 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, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ⑤ 회사는 다음에 해당하는 의료행위에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 ‘의료 행위’코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2022-193호, 2022.9.1시행)」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
1. 조혈모세포의 주입(‘의료행위’코드 X5131~X5137)
 2. 동종 공여자 림프구 주입(‘의료행위’코드 X5051)
 3. 자가수혈(‘의료행위’코드 X5062, X5064, X5132, X5134, X5136) 및 자기수혈-채혈료(‘의료행위’코드 X6001~X6008)
 4. 진정내시경 환자관리료 I~IV(‘의료행위’코드 EA001~EA004)

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서 또는 진료기록부, 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드) 포함), 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 법정 대리인임을 입증할 수 있는 서류 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도 인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

17. 각막이식수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(“각막이식수술”의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “각막이식수술”이라 함은 “장기 등 이식에 관한 법률”에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보

험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 장기수혜자로서 제1조(“각막이식수술”의 정의)에서 정한 각막이식수술을 받았을 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 각막이식수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지

못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

18. 5대장기이식수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(“5대장기이식수술” 등의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “5대장기”라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 “5대장기이식수술”로 보지 않습니다.

제2조(“수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 (【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술에 해당하지 않는 시술

【기타 수술에 해당하지 않는 시술 예시】

- 체외 충격파 쇄석술
 - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
 - 절개, 배농 또는 도관삽입술
 - 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술
 - 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 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)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 장기수혜자로서 제1조(“5대장기 이식수술” 등의 정의)에서 정한 5대장기이식수술을 받은 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 5대장기이식수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

19. 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”이라 함은 【별표65】(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

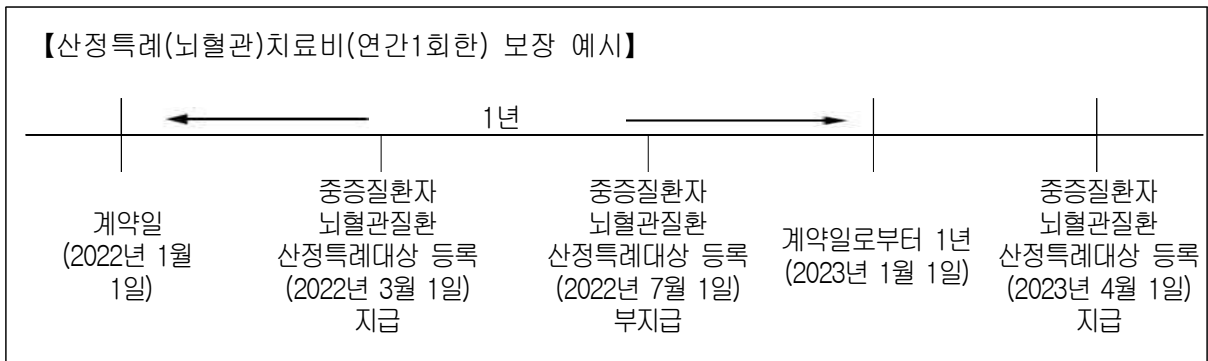
제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”으로 등록된 경우에는 회사는 연간 1회에 한하

여 아래의 금액을 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년이상	
산정특례(뇌혈관) 치료비(연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약 보험가입금액의 100%를 지급합니다.
- ③ 제1항의 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)는 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 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(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법

규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

20. 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관

제1조(“중증질환자 심장질환 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”이라 함은 【별표66】(중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 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 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어 납니다.

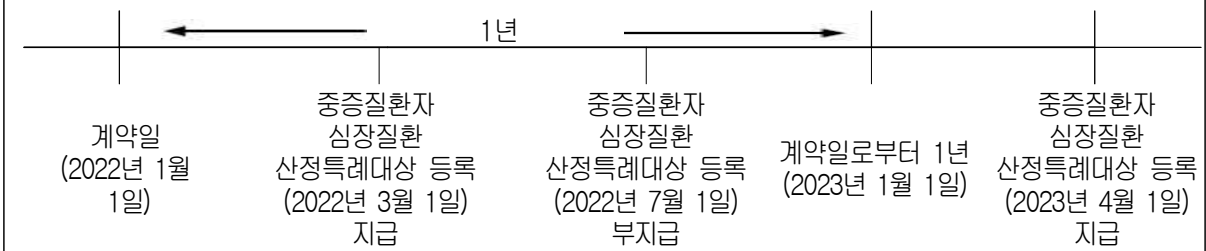
제2조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”으로 등록된 경우에는 회사는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 산정특례(심장)치료비(연간1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	계약일로부터 90일 이내	계약일로부터 90일초과 1년 미만	계약일로부터 1년이상	
산정특례(심장) 치료비(연간1회한)	이 특약 보험가입금액의 5%	이 특약 보험가입금액의 50%	이 특약의 보험가입금액	이 특약의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 발생한 상해로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약 보험가입금액의 100%를 지급합니다.
- ③ 제1항의 산정특례(심장)치료비(연간1회한)는 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ④ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【산정특례(심장)치료비(연간1회한) 보장 예시】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 심장질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정

한 산정특례(심장)치료비(연간1회한)를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 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(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

21. 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장

제1조(“중증치매 산정특례대상”의 정의)

- ① 이 특약에 있어서 “중증치매 산정특례대상”이라 함은 【별표94】(중증치매 산정특례대상 분류표)에서 정한 중증치매로 진료를 받아 산정특례등록 신청을 완료한 자를 말합니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표 2 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

- ② 제1항에도 불구하고, “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증치매 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 중증치매 산정특례대상에 해당하여 의사가 중증치매로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증치매의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청하는 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다. 단 【별표94】(중증치매 산정특례대상 분류표)의 특정기호 V810의 산정특례는 등록일 기준 최대 120일간 적용이 됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

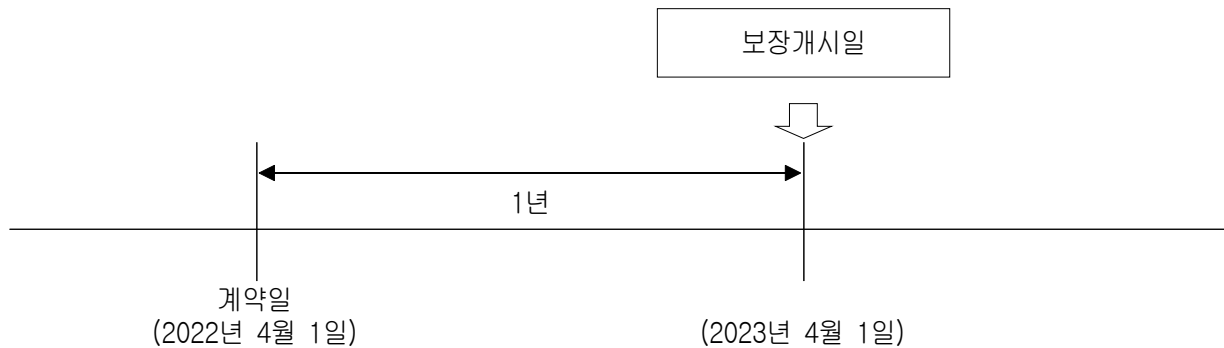
피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 “중증치매 산정특례대상”으로 보험기간 중에 신규등록된 경우에 회사는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
산정특례(중증치매) 치료비(최초1회한)	-	이 특약의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로(이하 “보장개시일”이라 합니다) 합니다. 단, 제9조(특약의 갱신)에 따라 갱신되는 특약의 “보장개시일”은 갱신일로 합니다.

【“보장개시일” 예시】



- ② 제1항에도 불구하고 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증치매 산정특례대상”으로 신규등록된 경우에는 “보장개시일”을 보험계약일로 합니다.
- ③ 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해 또는 질병의 진단확정일로 적용합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증치매 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 중증치매 산정특례대상 재등록은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

【중증치매 산정특례대상 재등록】

법령에서 정한 중증치매 산정특례기간(5년, 단 【별표94】(중증치매 산정특례대상 분류표)의 특정기호 V810의 경우 연간 최대120일) 종료시점에 등록된 중증치매의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당 질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증, 여권이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 무효)

피보험자가 이 특약의 계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한

보장개시일 전일 이전에 “중증치매 산정특례대상”에 해당하는 상병코드로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특약은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보장보험료를 돌려드립니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특약은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 소멸되는 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “보장개시일”을 적용합니다.

제8조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 적용됩니다.
- ② 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구 할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되 2인 지정시 대표 대리청구인을 지정)을 지정할 수 있습니다.(이하 “지정대리청구인”이라 합니다) 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신형인 경우 「제도성 특별약관 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제6조(특약의 소멸)에 의하여 이 특약이 소멸되는 경우 이 특약은 갱신되지 않습니다.

제10조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

22. 보험료납입면제지원금(3대진단) 특별약관

보험료납입면제지원금(3대진단) 특별약관은 3종 또는 4종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】 (제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 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)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(3대진단)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(3대진단)은 매년 보험료납입면제지원금(3대진단) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(3대진단) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
1. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정 되었을 때
 2. 상해로 【별표1】 (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
 3. 진단확정된 질병으로 【별표1】 (장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (3대진단)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

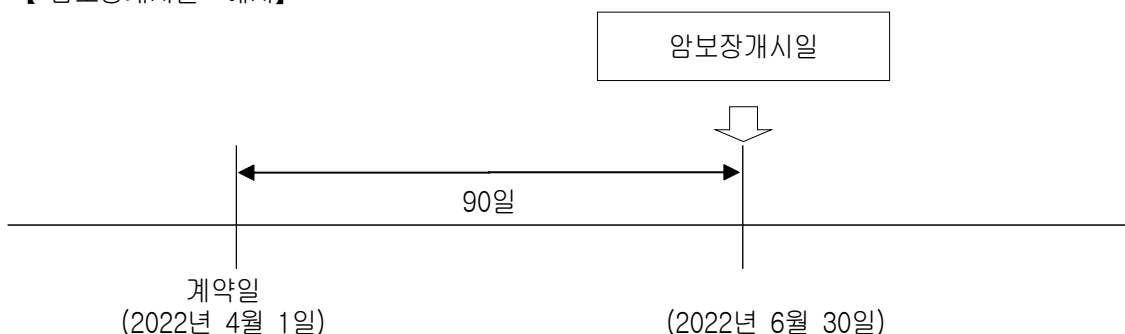
(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(3대진단)을 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 이미 이 특약에서 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 장해지급률 80%이상에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제지원금(3대진단)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이를 차감

하여 적용합니다.

- ⑩ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(3대진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제4조(특약의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(3대진단)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(3대진단)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

23. 보험료납입면제지원금(5대진단) 특별약관

보험료납입면제지원금(5대진단) 특별약관은 3종 또는 4종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),

단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(5대진단)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(5대진단)은 매년 보험료납입면제지원금(5대진단) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당년도의 보험료납입면제지원금(5대진단) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 1. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정 되었을 때
 2. 피보험자가 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 때
 3. 피보험자가 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때
 4. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
 5. 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (5대진단)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

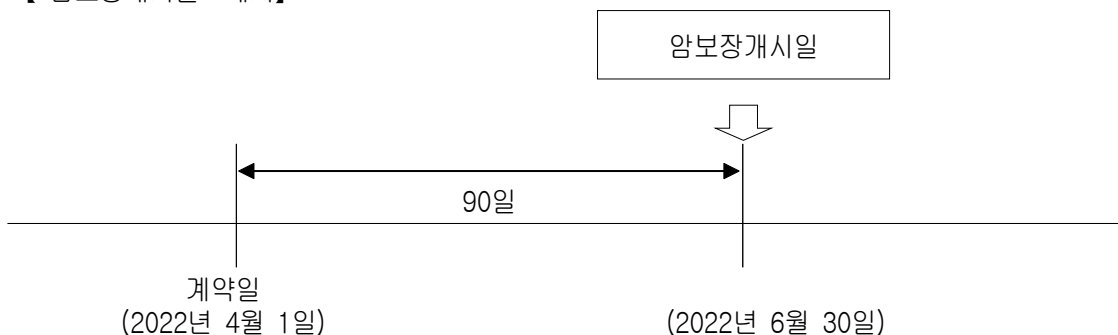
(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단)을 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 “뇌졸중” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단)을 지급하여 드립니다.

- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 이미 이 특약에서 제4조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 및 제5호에서 정한 장해지급률 80%이상에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제지원금(5대진단)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑪ 제4조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(5대진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제6조(특약의 소멸)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(5대진단)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “암”, “뇌졸중” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(5대진단)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

24. 보험료납입면제지원금(8대진단) 특별약관

보험료납입면제지원금(8대진단) 특별약관은 3종 또는 4종에 가입한 경우 가입할 수 있습니다

제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)”는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C44(기타 피부의 악성신생물(암))로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)에서 정한 C73(갑상선의 악성신생물(암))으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 【별표3】(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성

신생물(암))의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ⑦ 제1항 내지 제5항에서 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑧ 제7항에 따른 진단확정이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【진단확정이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 【별표5】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “급성심근경색증”이라 함은 【별표6】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”이 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 “말기간경화”이라 함은 【별표81】(말기간경화)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기간경화의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기간경화」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 【별표82】(말기 신부전증)의 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기신부전증의 진단확정”은 의료법 제3조 및 제5조(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 있어서 「말기폐질환」이라 함은 【별표83】(말기 폐질환)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “말기폐질환의 진단확정”은 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생한 경우에는 회사는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입면제지원금(8대진단)으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 보험료납입면제지원금(8대진단)은 매년 보험료납입면제지원금(8대진단) 지급사유 발생해당일(지급사유발생일 포함)에 지급합니다. 해당연도의 보험료납입면제지원금(8대진단) 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.
 1. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 “암보장개시일” 이후 제1조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정 되었을 때
 2. 피보험자가 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단이 확정되었을 때
 3. 피보험자가 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경

- 색증”으로 진단이 확정되었을 때
4. 피보험자가 제4조(“말기간경화”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기간경화”로 진단이 확정되었을 때
 5. 피보험자가 제5조(“말기신부전증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기신부전증”으로 진단이 확정되었을 때
 6. 피보험자가 제6조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “말기폐질환”으로 진단이 확정되었을 때
 7. 상해로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때
 8. 진단확정된 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때

구 분	지급금액
보험료납입면제지원금 (8대진단)	이 특약의 보험가입금액의 12배를 보험료 납입면제지원기간 동안 매년 확정지급 + 이 특약의 보험가입금액 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(월)

- ② 이 특약에서 “보험료 납입면제지원기간”이라 함은 제1항의 보험료납입면제지원금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 이 특약에서 “보험료 납입면제지원 잔여기간(월)”이라 함은 제2항에서 정한 “보험료 납입면제지원기간”이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

【지급사유 발생해당일 예시】

최초 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

EX1) 지급사유 발생일 : 2023년 2월 1일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 1일

EX2) 지급사유 발생일 : 2024년 2월 29일 ⇒ 지급사유 발생해당일 : 2월 마지막날

【보험료납입면제지원금 지급 예시】

- 계약체결일 : 2023년 1월 1일 (20년만기 전기납, 보험가입금액 10만원 기준)

- 지급사유 발생일 : 2025년 3월 10일

■ 납입경과월수 = 27회 (2년 3개월, 2023년 1월 1일~2025년 3월 10일)

■ 잔여보험기간 = 17년 9개월 (이 특약의 보험기간(20년) - 납입경과월수(2년 3개월))

▷ 보험료 납입면제지원기간 : 17년

▷ 보험료 납입면제지원 잔여기간(월) : 9개월

■ 지급사유 발생해당일 : 3월 10일

지급시기	지급금액
2025년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2026년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
...	...
2041년 3월 10일	120만원 (보험가입금액10만원 × 12)
2042년 3월 10일	90만원 (보험가입금액10만원 × 9)

■ 보험료 납입면제지원금 총액 : 2,130만원

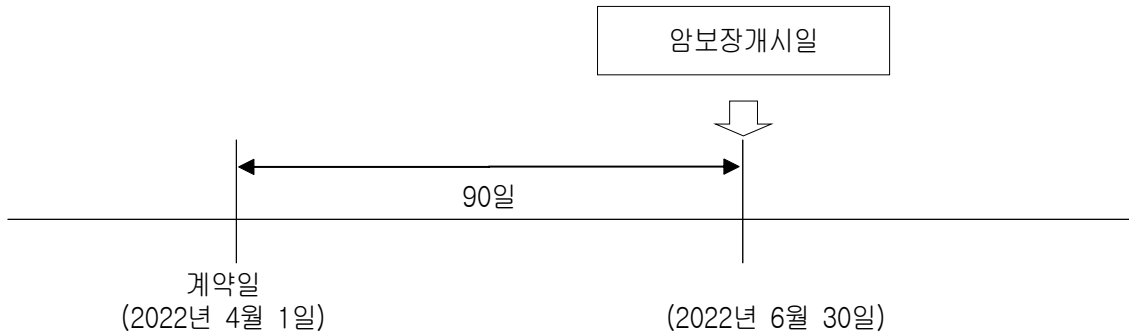
(120만원(보험가입금액10만원 × 12) × 보험료 납입면제지원기간(17년)

+ 90만원(보험가입금액10만원 × 보험료 납입면제지원 잔여기간(9개월))

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다)

【“암보장개시일” 예시】



- ② 피보험자가 “암보장개시일” 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(8대진단)을 지급합니다. 다만, “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(8대진단)을 지급하여 드립니다.
- ④ 제7조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 같은 질병 또는 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해를 입은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이미 발생한 후유장해지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의

각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 이미 이 특약에서 제7조(보험금의 지급사유) 제1항 제7호 및 제8호에서 정한 장애지급률 80%이상에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제지원금(8대진단)이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑪ 제7조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입면제지원금(8대진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제9조(특약의 소멸)

- ① 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제지원금(8대진단)이 지급된 경우에는 이 특약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 이후에 “암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기신부전증” 또는 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 보험료납입면제지원금(8대진단)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ④ 제2항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 부활(효력회복)되는 계약은 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “암보장개시일”은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 비용손해 관련 특별약관 】

1. 보이스피싱손해보상금 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에서 사용되는 지급사유 관련 용어의 정의는 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보이스피싱 : 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.
2. 실제 금전손해액 : 보이스피싱으로 인하여 송금·이체된 금액에서 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제10조 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.
3. 피해환급금 : 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제5조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.
4. 개인정보 : 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.
5. 보상책임액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 입은 손해에 대하여 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중에 피보험자가 보이스피싱사고로 대한민국 내에서 금전적인 손해를 입은(지출한) 경우에는 피보험자가 입은(지출한) 실제 금전손해액을 이 특약의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보이스피싱손해보상금으로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 경우에 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제3조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 인하여 발생한 비용 또는 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자 또는 피보험자의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고(공모한 경우를 포함합니다)
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 제10조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제2조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해

7. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장애
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제4조(보험금의 분담)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 보이스피싱손해에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【다른 보험 계약이 체결되어 있는 경우 보험금 계산 예시】

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(MG손해보험) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(MG손해보험)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상받습니다.

$$\begin{aligned} \bullet \text{ 계약1} &= 48 = 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \\ \bullet \text{ 계약2} &= 32 = 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \end{aligned}$$

【공제】

같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다.

이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 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 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항, 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.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 수사기관의 피해신고확인서등 관련자료
3. 피해자신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 지급정지요청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」시행령별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」시행령별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 「피해환급금 결정 통지서」 또는 객관적으로 피해환급금 수량을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(특약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 소멸되며, “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

2. 보복운전피해보상금(운전) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 “보복운전”의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 하며, 약식기소를 포함합니다) 또는 기소유예된 경우, 이 특약의 보험가입금액을 보복운전피해보상금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 “보복운전”이 제2항 각 호의 행위 중 2개 이상에 해당하더라도 1회에 한하여 보복운전피해보상금을 지급합니다.

【기소유예】

검찰사건사무규칙 제69조 제3항 제1호에서 정한 피의사실이 인정되나 형법 제54조 각호의 사항을 참작할 때 소추를 필요로 하지 아니하여 검찰이 기소를 유예하는 경우를 말합니다..

- ② 제1항의 “보복운전”이라 함은 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 시비로 인하여 타인이 자동차를 수단으로 피보험자를 상대로 다음 각 호에서 정한 행위를 하여 검찰에 의해 기소 또는 기소유예된 경우를 말합니다.
1. 형법 제258조의2(특수상해)에서 정한 특수상해
 2. 형법 제258조의2(특수상해) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수상해
 3. 형법 제261조(특수폭행)에서 정한 특수폭행
 4. 형법 제261조(특수폭행) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수협박
 5. 형법 제284조(특수협박)에서 정한 특수협박
 6. 형법 제284조(특수협박) 및 제285조(상습범)에서 정한 상습특수협박
 7. 형법 제369조(특수손괴)에서 정한 특수손괴

제2조(자동차 운전중 사고의 정의)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “자동차”라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함))를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금은 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소이유 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

3. 의료사고법률비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 의료법 제3조 (【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에서 정한 의료기관(병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다))에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우에 회사는 1사고당 1심에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 『의료사고』라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(【별표122】 (기타 관계 법규) 참조)에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의료사고법률비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 보험계약(공제포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약(공제포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

각 계약별 비례분담액	=	의료사고법률비용	×	$\frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

【다른 보험 계약이 체결되어 있는 경우 보험금 계산 예시】

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(MG손해보험) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(MG손해보험)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상받습니다.

$$\begin{aligned} \bullet \text{ 계약1} = 48 &= 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \\ \bullet \text{ 계약2} = 32 &= 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \end{aligned}$$

【공제】

같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다.

이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에의해 의료사고가 발생한 경우

제4조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특약에 정하지 않는 사항은 보통약관의 규정을 따릅니다. 단, 보통약관 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 대한 규정은 적용하지 않습니다.

4. 민사소송법률비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 민사소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 민사소송 법률비용을 이 약관에 따라 보상합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

- ② 회사가 보상하는 소송사건은 대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.
- ③ 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 “심급별”이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

구 분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제)	500만원 한도

- ④ 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.
- ⑤ 회사가 지급하여야 할 민사소송 법률비용보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

【소송제기의 원인이 되는 사건】

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증 할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

1. 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
2. 손해배상의 경우 : 해당사고가 보험기간 중에 발생한 사건

【연간 하나의 사건】

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 되는 하나의 사실을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원의 「법원재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달라 구분되지만 이미 발생한 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 바에 따라 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 민사소송법률비용으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 아래 변호사 비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

소송목적의 값	변호사비용 한도
300만원까지	30만원
300만원 초과 ~ 2,000만원까지	[30만원+(소송목적의 값 - 300만원)×10%]
2,000만원 초과~5,000만원까지	[200만원+(소송목적의 값 - 2,000만원)×8%]
5,000만원 초과~1억원까지	[440만원+(소송목적의 값 - 5,000만원)×6%]
1억원 초과~1억5,000만원까지	[740만원+(소송목적의 값 - 1억원)×4%]
1억5,000만원 초과~2억원까지	[940만원+(소송목적의 값 - 1억5,000만원)×2%]
2억원 초과~5억원까지	[1,040만원+(소송목적의 값 - 2억원)×1%]
5억원 초과	[1,340만원+(소송목적의 값 - 5억원)×0.5%]

주) 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」이 변경되는 경우에는 변경된 내용에 따릅니다.

2. 「민사소송법 등 인지법」에 정한 아래 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액 한도
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원 ~ 1억 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억 ~ 10억 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.40%
10억 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

주1) 항소심의 경우 상기 한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다.

주2) 「민사소송 등 인지법」이 변경되는 경우에는 변경된 내용에 따릅니다.

3. 대법원의 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 아래 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료 한도
1심 민사소액	94,000원
민사단독	141,000원
민사합의	141,000원
항소심	112,800원
상고심	75,200원

주) 대법원의 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」이 변경되는 경우에는 변경된 내용에 따릅니다.

- ② 제1항의 각 호에 대해 중국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하
6. 「특허법」에 정한 특허, 「저작권법」에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(「상법」상 회사, 「민법」상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험 (공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전

자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약품구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송

17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송

18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소의 취하】

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】

민사소송법 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

【가족】

아래에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

제4조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
 2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
 3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
 4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

계약자 또는 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항의 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급적 보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 이 특약에서 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.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

【다른 보험 계약이 체결되어 있는 경우 보험금 계산 예시】

피보험자의 실제 손해액 80, 계약1(MG손해보험) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40인 경우에는 피보험자는 계약1(MG손해보험)에서 48을 보상받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상받습니다.

$$\begin{aligned} \bullet \text{ 계약1} &= 48 = 80 \times \frac{\text{계약1}(60)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \\ \bullet \text{ 계약2} &= 32 = 80 \times \frac{\text{계약2}(40)}{\text{계약1}(60) + \text{계약2}(40)} \end{aligned}$$

【공제】

같은 직장, 직업 또는 지역에 속하는 사람들이 조합을 만들어 조합원 또는 그 가족 등의 길흉사가 있을 때 공제금을 지급하는 상호구제를 목적으로 하는 제도입니다.

이러한 공제제도는 다수의 조합원 단체를 구성하고 우연한 사고를 당한 사람에게 공제금을 지급하는 점에서는 보험과 비슷하나 공제는 일정한 직장, 직업 또는 지역적으로 한정하여 그에 가입할 수 있도록 하는 점에서 보험과 다릅니다. (버스공제조합, 택시공제조합 등)

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(사기에 의한 계약)

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.

제12조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 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 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제14조(특약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 특약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못했을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 이 특약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 회사가 적용한 이 특약의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 배상책임 관련 특별약관 】

1. 가족일상생활배상책임 II

(대인공제없음, 대물공제(누수50만원, 누수외20만원))(갱신형) 특별약관

제1조(배상책임 관련 용어의 정의)

보상관련 용어

1. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
2. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
3. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
5. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)의 보험기간 중에 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 아래에 열거한 사고(이하 ‘사고’라 합니다)로 타인의 신체의 장해(이하 “대인배상책임”이라 합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말함)(이하 “대물배상책임”이라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)에 따라 보상하여 드립니다.
 1. 피보험자가 살고 있는 주택(이하 “거주주택”이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 “임대주택”이라 합니다) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.
 4. 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.
- ③ 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 임대주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.
- ④ 제1항의 “배상책임손해”라 함은 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호에 따라 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

【공탁보증보험료】

‘공탁보증보험’은 가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청함에 있어 권리인(피신청인)의 손해 보전을 위해 법원이 담보 제공을 원할 경우 신청인(보험계약자)이 납부해야 할 공탁금액을 대신하는 상품이며, ‘공탁보증보험료’는 이러한 공탁보증보험에 가입한 사람이 보험자에게 내는 일정한 금액을 말합니다.

제3조(피보험자의 범위)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.
 1. 기명 피보험자
 2. 기명 피보험자의 배우자(가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 같습니다)
 3. 기명 피보험자 또는 기명 피보험자의 배우자와 생계를 같이하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제 777조)(【별표122】(기타 관계 법규) 참조)
 4. 기명 피보험자 또는 기명 피보험자의 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 기명 피보험자와 기명 피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
 3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 4. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
 5. 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
 6. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 7. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
 7. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
 8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
 10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상하여 드립니다.
 11. 폭력행위에 기인하는 배상책임
- ③ 회사는 제1항 제1호의 사유가 발생한 때에는 이 특약을 해지할 수 있으며 이 경우에는 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제5조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

【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.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류

4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.
- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 금액(1사고당 1억원 한도)을 한도로 보상하되 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 “대물배상책임” 및 “대인배상책임” 손해를 더한 금액을 보상합니다. 다만, 자기부담금은 누수사고와 누수 이외의 사고에 따라 다를 수 있으며, 하나의 사고를 원인으로 누수사고와 누수 이외의 사고의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우, 해당사고는 ‘누수사고’로 봅니다.
 2. 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 및 ‘마’목의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 제2호 ‘다’목 및 ‘라’목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.
- ② 제1항에서 ‘누수사고’라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 및 피보험자의 일상생활에 기인하는 우연한 사고 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(Sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수 사고에 해당하지 않습니다.

제9조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제10조(보험금의 분담)

- ① 이 특약에서 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 보상

합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 특약이 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 회사는 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보험금의 지급사유)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 행위로 증가된 손해

제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 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.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 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 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제13조(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.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 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 이유 없이 협력하지 않은 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.

제14조(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 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.
- 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.

제15조(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.

제16조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

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.

제19조(특약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 특약은 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제20조(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. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료 등을 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 보통약관 제38조(해약환급금)에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무 내용을 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.

제22조(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 특약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제23조(특약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 이 특약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 보통약관 제36조(중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.

제24조(특약의 해지)

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 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 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 부여하지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제3항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에도 그 손해를 보상하지 않습니다. 단, 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제25조(특약의 갱신)

- ① 이 특약이 갱신되는 경우 「제도성특약 5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관」에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제26조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)에 관한 규정은 적용하지 않습니다.

【 제도성 특별약관 】

1. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 보험계약자는 이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)에 따라 보험계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제20조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 보험계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

2. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
 1. 보험계약을 체결할 당시 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
 2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우
- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특

약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

- ③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 또는 회사가 청약을 거절한 경우 회사는 보통약관 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ⑤ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 보험계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 - 1. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 - 2. 이 특약 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

- ① 이 특약에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.
 - 1. 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라고 합니다)에 발생한 질병(【별표21】(특정부위분류표)) 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 - 2. 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라고 합니다)(【별표22】(특정질병 분류표))
- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간 전체”로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 “보험계약의 보험기간 전체”로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호 및 제1항 제2호에서 정한 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특약을 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항의 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
- ⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - 1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ⑥ 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 특정부위는 4개 이내에서, 특정질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) 및 보통약관 제34조(강제집행 등에 따라 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

3. 이륜자동차 운전중 상해 미보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 우리 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 “특약”, 우리회사는 “회사”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
- ② 이 특약은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 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 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조(【별표122】(기타 관계법규) 참조)에서 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 축차를 붙인것과 배기량 125cc 이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생시키는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kw미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- ③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발

행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복)규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특약에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가됩니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약 체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인

이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

5. 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관

제1조(특약의 적용)

이 보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관(이하 “특약”이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 특별약관(이하 “보장특약”이라 합니다.)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)

- ① 보장특약이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기일의 전일까지 회사 또는 계약자중 어느 한쪽으로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 회사가 갱신전의 보장특약이 최종 보험료가 납입되지 않는 때에는 보장특약의 갱신을 적용하지 않습니다.
 1. 갱신된 보장특약(이하 “갱신보장특약”이라 합니다)의 만기일이 사업방법서에서 회사가 정한 기간내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위내일 것
- ② 갱신보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 한다. 다만, 갱신 후 보장특약의 만기일이 회사가 정한 기간을 초과할 경우에는 회사가 정한 기간까지의 기간을 갱신후 보장특약 보험기간으로 합니다.
- ③ 제1항에 따라 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면

으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- ④ 제3항의 알릴의무에 대하여는 보통약관 제17조(상해보험계약 후 알릴의무)를 적용합니다.

제3조(자동갱신 적용)

- ① 회사가 약관 또는 보험료 등(이하 “제도 또는 보험료 등”이라 합니다)을 개정한 경우에는 갱신보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장특약의 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 서면으로 안내하여 드립니다.

제4조(갱신보장특약 제1회 보험료의 납입유예와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신보장계약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장계약을 해제합니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신보험료)

보장특약 자동갱신(추가납입형) 특별약관에 의하여 자동갱신 되는 보장보험료는 갱신시점에 보험료가 인상될 수 있습니다. 특히, 질병관련 특별약관의 경우 연령증가와 의료비상승률에 연동되어 갱신시점에서 인상된 보험료를 적용하게 됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당보장특별약관을 따릅니다.

6. 전자서명 특별약관

제1조(특약의 적용)

이 전자서명 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의 (사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특약은 보통약관(다른 특약이 부가된 경우는 그 특약도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보

험약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

- ② 이 특약을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 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 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 보통약관 및 해당보장특별약관을 따릅니다.

별표

【별표1】 장 해 분 류 표

① 총칙

1. 장애의 정의

- 1) ‘장애’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 장애에 포함되지 않는다.
- 2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장애 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 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 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 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높

은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애인단서에는 ① 장애인단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- 4) ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)주1), 안전수지(Finger Counting)주2) 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자)운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼

- 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
- ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
 - 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
 - 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
 - 10) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 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 조직요물(凹液) 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)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ± 10 dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) ‘심한 장애를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) ‘약간의 장애를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) ‘컷바퀴의 대부분이 결손된 때’라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 컷바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) ‘평형기능에 장애를 남긴 때’라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

- 2) ‘코의 후각기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 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 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 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 장애를 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 2cm이하로 제한되는 경우

- 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 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) 개구장애는 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 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 나) 전설어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) ‘말하는 기능에 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 장애는 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 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 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 치아수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 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 5mm 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 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 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 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 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 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)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 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장해판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 제간골의 장해로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 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 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두 개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI :

- Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구 등으로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90%이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60%이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40%이상일 때
- 12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

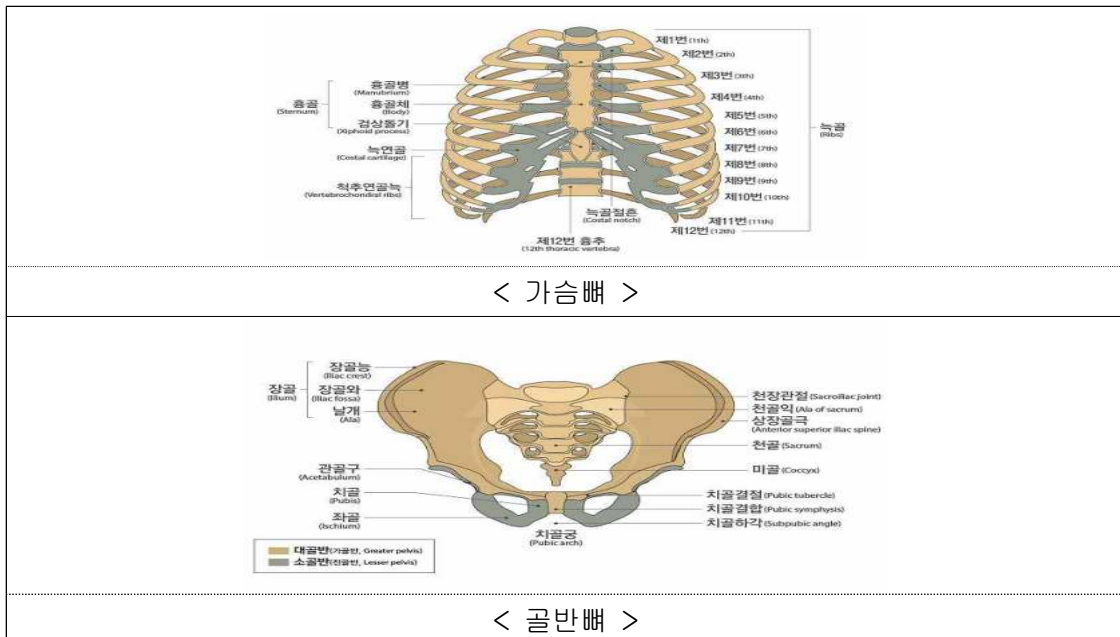
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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. 장애판정기준

- 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 2.5cm 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 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 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 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 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 장애를 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 장애를 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 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 ‘2등급(poor)’인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 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 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 ‘3등급(fair)’인 경우
- 11) ‘가관절주)이 남아 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 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 장해평가지점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도검사를 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 15mm 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 10mm 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 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - 12) ‘가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) ‘손가락에 뚜렷한 장애를 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 정

상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

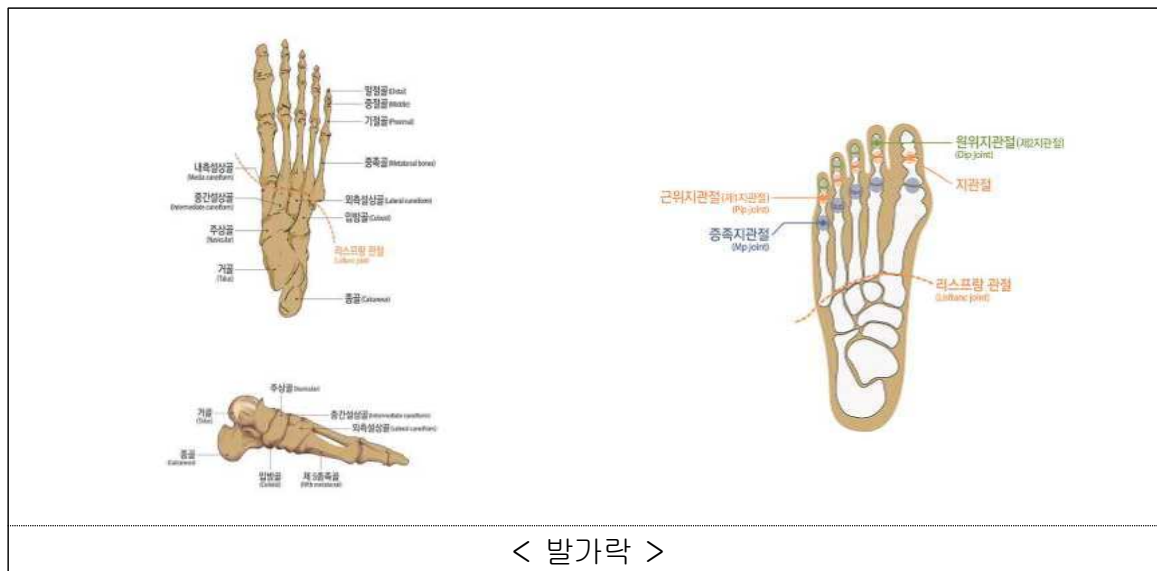
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의

제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙』 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

- 3) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상을 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 장애를 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, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 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 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 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

장애의 분류	지급률
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) ‘신경계에 장애를 남긴 때’라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 ‘<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) ‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) ‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’주)상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
- ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) ‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’주)상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) ‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’주)상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수

- 행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
 - 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
 - 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
 - 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
 - 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
 - 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- 3) 치매
- 가) ‘치매’라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
 - 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
 - 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증(간질)
- 가) ‘뇌전증(간질)’이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 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, 인지장애 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 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
 - 사) ‘경증발작’이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 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 보행시 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 지속적인 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 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 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 지속적인 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%)

【별표1-1】
보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금	지급기일의 다음 날부터 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 (1종, 3종, 5종, 7종)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기환급금 및 해약환급금 (2종, 4종, 6종, 8종)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 보장성보험공시이율 (1701)의 50%
		1년초과기간 : 보장성보험공시이율 (1701)의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유 와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 보장성보험공시이율(1701)을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다. 단, 지급이자는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 보통약관 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】
악성신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
소화기관의 악성신생물	C15-C26
호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30-C39
골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43-C44
종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
유방의 악성신생물	C50
여성생식기관의 악성신생물	C51-C58
남성생식기관의 악성신생물	C60-C63
요로의 악성신생물	C64-C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69-C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】
제자리의 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2020.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】 뇌졸중 분류표

- ① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】 급성심근경색증 분류표

- ① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】 의료기관의 시설규격

<의료법시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 관련>

1. 입원실

- 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조 제1항 제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 나. 입원실의 면적은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 6.3㎡ 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 4.3㎡ 이상으로 하여야 한다.
- 다. 소아만을 수용하는 입원실의 면적은 위 “나”의 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 할 수 있다. 다만, 입원실 한 개의 면적은 6.3㎡ 이상이어야 한다.
- 라. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 마. 전염성 질환자의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 전염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 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 10㎡ 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 “신생아중환자실”이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5㎡ 이상으로 한다. 이 경우 “병상 1개당 면적”은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에있는 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 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

상기와 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우, 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】
골절(치아파절제외)분류표

- ① 약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	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 신체 부위의 골절	T14.2

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】
골절분류표

- ① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	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

분 류 항 목	분 류 번 호
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 신체 부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 10】 화상분류표

- ① 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
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 고관절 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. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 11】 112대특정질병 분류표

■ 112대특정질병 분류표

1. 중증7대특정질병 분류표	5. 백내장 분류표
2. 14대특정질병(Ⅱ) 분류표	6. 치핵 분류표
3. 20대특정질병 분류표	7. 후각특정질환 분류표
4. 68대생활질환질병 분류표	

【별표 11-1】 중증7대특정질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 중증7대특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대상질병명		분류번호
파킨슨병	파킨슨병 이차성 파킨슨증	G20 G21
다발경화증	다발경화증	G35
뇌성마비	뇌성마비	G80
크로이츠펔트-야콥병	크로이츠펔트-야콥병	A81.0
조로증	조로증	E34.8
전신 홍반루푸스	전신 홍반루푸스 (M32.1 중 사구체질환 동반 전신 홍반루푸스 제외) (M32.1 중 세뇨관-간질신장병증 동반 전신 홍반루푸스 제외)	M32 (M32.1 제외) ^{주3)} (M32.1 제외) ^{주3)}
전신경화증	전신경화증	M34

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주3) 해당 분류번호는 대상질병에 기재된 특정 질병에 한합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 11-2】 14대특정질병(Ⅱ) 분류표

- ① 약관에 규정하는 14대특정질병(Ⅱ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가

개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
당뇨병	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 당뇨병성단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의 사구체 장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장질환 허혈성 심질환 폐성심장병 및 폐순환의 질환 기타형태의 심장질환 칸디다심내막염 수막알균성 심장막염 수막알균성 심내막염 수막알균성 심근염 수막알균성 심장염 NOS	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52 B37.6 A39.5 A39.5 A39.5 A39.5
고혈압	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 뇌병증 H35.0 중 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.0 ^{주4)}
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환 거대세포바이러스간염 독소포자충간염	B15~B19 K70~K77 B25.1 B58.1
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴	J12 J13 J14

대 상 질 병 명		분류번호
	달리 분류되지 않은 세균 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴 재향군인병 거대세포바이러스폐렴 폐렴이 합병된 홍역 수두폐렴 폐독소포자충증	J15 J16 J17 J18 A48.1 B25.0 B05.2 B01.2 B58.3
결핵	결핵 결핵의 후유증 결핵 관절염 척추의 결핵 뼈의 결핵 결핵성 방광염 자궁경부의 결핵감염 여성 결핵성 골반염증질환 결핵성 복막염 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	A15~A19 B90 M01.1 M49.0 M90.0 N33.0 N74.0 N74.1 K67.3 K93.0
신부전	신부전	N17~N19
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
기관지·폐의 특정질환	폐기종 기타 만성 폐쇄성 폐질환 기관지확장증	J43 J44 J47
수막의 양성신생물	수막의 양성신생물	D32

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 주3) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)
- 주4) 해당 분류번호는 대상질병에 기재된 특정 질병에 한합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11-3】 20대특정질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 20대특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호

대 상 질 병 명		분류번호
수막염	달리 분류되지 않은 세균성 수막염 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염 수막알균수막염 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염 아데노바이러스수막염 엔테로바이러스수막염 헤르페스바이러스수막염 수막염이 합병된 홍역 볼거리수막염 수두수막염 대상포진수막염 칸디다수막염 콕시디오이데스진균수막염 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G00 G01 A39.0 G02 A87.1 A87.0 B00.3 B05.1 B26.1 B01.0 B02.1 B37.5 B38.4 G03
뇌 및 척수의 염증성질환	뇌염, 척수염 및 뇌척수염 달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 아데노바이러스뇌염 엔테로바이러스뇌염 헤르페스바이러스뇌염 뇌염이 합병된 홍역 볼거리뇌염 수두뇌염 대상포진뇌염 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 달리 분류된 질병에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 아메바성 뇌농양 두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G04 G05 A85.1 A85.0 B00.4 B05.0 B26.2 B01.1 B02.0 G06 G07 A06.6 G08 G09
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
패혈증	연쇄알균패혈증 기타 패혈증	A40 A41
급성췌장염	급성췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭담도 및 췌장의 장애 거대세포바이러스췌장염 볼거리췌장염	K86 K87 B25.2 B26.3
중증근무력증	중증근무력증	G70.0
뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
부갑상선질환	부갑상선기능저하증 부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21
뇌하수체질환	뇌하수체의 기능항진 뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
뇌전증	뇌전증 뇌전증 지속상태	G40 G41

대 상 질 병 명		분류번호
안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52
마비	편마비	G81
	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
수두증	수두증	G91
폐부종	폐부종	J81
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
사구체질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체장애	N08
	(당뇨병에서의 사구체장애 제외)	(N08.3제외)
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
신장 및 요관의 기타장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11-4】 68대생활질환질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 68대생활질환질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
갑상선질환	갑상선의 장애 처리 후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증 갑상선이상성 안구돌출	E00 – E07 E89.0 H06.2
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
관절염 및 다발경화증	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 류마티스 폐질환	M00 – M03 M05 – M14 J99.0
관절증	다발관절증 고관절증 무릎관절증 제1수근중수관절의 관절증 기타 관절증	M15 M16 M17 M18 M19
사지 후천변형	손가락 및 발가락의 후천변형 사지의 기타 후천변형	M20 M21
관절장애	무릎뼈의 장애 무릎의 내부장애 기타 특정 관절장애 달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M22 M23 M24 M25
전립선 질환	전립선증식증 전립선의 염증성 질환 전립선의 기타장애	N40 N41 N42
남성생식기관의 질환	음낭수종 및 정액류 고환의 염전 고환염 및 부고환염	N43 N44 N45
여성골반내기관의 염증성 질환	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 자궁경부의 염증성 질환 기타 여성골반염증질환 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 바르틀린선의 질환 질 및 외음부의 기타 염증 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N71 N72 N73 N74 N75 N76 N77
여성생식관의 비염증성 질환	자궁내막증 여성생식기탈출 여성생식관을 침범한 누공 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 우월경, 소량및희발월경 과다,빈발및불규칙월경 기타 이상 자궁 및 질 출혈 여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타병태 폐경 및 기타 폐경전후 장애	N80 N81 N82 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95
담석증	담석증	K80
사타구니탈장	사타구니탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32

대 상 질 병 명		분류번호
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
소화계통의 양성신생물	식도의 양성신생물 위의 양성신생물 십이지장의 양성신생물 기타 및 상세불명 부분 소장의 양성신생물 부위불명의 소화계통의 양성신생물	D13.0 D13.1 D13.2 D13.3 D13.9
간, 담관, 췌장의 양성신생물	간의 양성신생물 간외담관의 양성신생물 췌장의 양성신생물 내분비췌장의 양성신생물	D13.4 D13.5 D13.6 D13.7
상부호흡계통의 양성신생물	중이, 비강 및 부비동의 양성신생물 후두의 양성신생물	D14.0 D14.1
하부호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	기관지의 양성신생물 기관지 및 폐의 양성신생물 상세불명의 호흡계통의 양성신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내기관지의 양성신생물	D14.2 D14.3 D14.4 D15
골 및 관절연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성신생물	D16
조직의 양성신생물	종피조직의 양성신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성신생물	D19 D20 D21
유방의 양성신생물	유방의 양성신생물	D24
생식기의 양성신생물	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물 남성생식기관의 양성신생물	D25 D26 D28 D29
난소의 양성신생물	난소의 양성신생물	D27
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
눈의 양성신생물	각막의 양성신생물 망막의 양성신생물 맥락막의 양성신생물 섬모체의 양성신생물	D31.1 D31.2 D31.3 D31.4
갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성신생물	D34 D35
비장질환	비장의 질환	D73
손목터널증후군	손목터널증후군	G56.0
단일신경병증	팔의 단일신경병증 (손목터널증후군 제외) 복합부위통증증후군 II형 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	G56 (G56.0제외) G90.6 G57 G58 G59.8

대 상 질 병 명		분류번호
눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막 각막 홍채 및 섬모체의 장애 H59.8 중 미만성 총판성 각막염 맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (H35.0 중 고혈압성 망막병증 제외) (당뇨병성 망막병증 제외)	H15 - H22 H59.8 ^{주)3} H30 - H36 (H35.3제외) (H35.0제외) ^{주)3} (H36.0제외)
유리체의 장애	유리체의 장애	H43
시신경 및 시각로의 장애	시신경 및 시각경로의 장애	H46 - H48
외이의 질환	외이의 질환	H60 - H62
중이 및 유도의 질환	중이 및 유도의 질환	H65 - H75
귀경화증	귀경화증	H80
내이의 질환	내이의 질환	H81 - H83
귀의 기타장애	귀의 기타장애	H90 - H95
동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증 동맥 및 세동맥의 기타 장애	I74 I77
하지의 정맥류	하지의 정맥류	I83
림프절염	비특이성 림프절염 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
급성 상기도감염	급성 상기도감염	J00 - J06
인후부위의 특정질환	편도주위 농양 만성 후두염 및 후두기관염 달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 상기도의 기타 질환	J36 J37 J38 J39
식도질환	식도염 위-식도역류병 식도의 기타질환 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23
위공장계양	위공장계양	K28
위십이지장질환	위염 및 십이지장염 기능성 소화불량	K29 K30
특정부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장 횡격막탈장 기타 복부탈장 상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
비감염성장염 및 결장염	크론병(국소성 장염) 궤양성 대장염 기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
특정장질환	장의 혈관장애 탈장의 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 장의 게실병	K55 K56 K57
복막의 질환	복막염 복막의 기타 장애 달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애 (결핵성 복막염 제외)	K65 K66 K67 (K67.3제외)
담낭담도질환	담낭염 담낭의 기타 질환	K81 K82

대 상 질 병 명		분류번호
	담도의 기타 질환	K83
통풍	통풍	M10
전신결합조직장애	경질성 다발동맥염 및 관련 병태 기타 괴사성 혈관병증 피부다발근염	M30 M31 M33
특정 누적외상성질환	결합조직의 기타 전신침범 경추상완증후군 기타 연조직장애 (어깨병변 제외) (발바닥근막성 섬유종증 제외)	M35 M53.1 M70 - M79 (M75제외) (M72.2제외)
척추변형	척추후만증 및 척추전만증 척추측만증 척추골연골증 기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
척추병증	강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타 척추병증	M45 M46 M47 M48
추간판장애	경추간판장애 기타 추간판장애	M50 M51
근육장애	근염 근육의 석회화 및 골화 근육의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 근육장애	M60 M61 M62 M63
윤활막 및 힘줄장애	윤활막염 및 힘줄윤활막염 윤활막 및 힘줄의 자연파열 윤활막 및 힘줄의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M65 M66 M67 M68
발바닥근막성 섬유종증	발바닥근막성 섬유종증	M72.2
어깨병변	어깨병변	M75
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M80 M81 M82
뼈의병증	골수염 골괴사 뼈의 파열병 뼈의 기타 장애 복합부위통증증후군 I형	M86 M87 M88 M89 G90.5
연골병증	고관절 및 골반의 연소성 골연골증 기타 연소성 골연골증 기타 골연골병증 연골의 기타 장애	M91 M92 M93 M94
방광의 결석	방광의 결석	N21.0
비뇨계통의 기타질환	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능장애 방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염 제외) 비뇨계통의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 요도장애 (스트레스요실금 제외)	N30 N31 N32 N33 (N33.0제외) N37 N39 (N39.3제외)

대 상 질 병 명		분류번호
	(기타 명시된 요실금 제외)	(N39.4제외)
유방의 장애	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애 (단, 남성이 '유방의 장애(N60~N64)'로 진단 확정을 받고 시행한 '유방절제술(Mastectomy)-피하절제[남성의 여성형 유방절제 포함] (Subcutaneous)'수술의 경우 제외)	N60 N61 N62 N63 N64
난소, 난관의 질환	난관염 및 난소염 난소, 난관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N70 N83

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
 3. 해당 분류번호는 대상질병에 기재된 특정 질병에 한합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11-5】 백내장 분류표

- ① 약관에 규정하는 백내장으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
백내장	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11-6】 치핵 분류표

- ① 약관에 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
치핵 및 항문주위 정맥혈전증	치핵(제외 : 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4))	K64

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11-7】 후각특정질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 후각특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성비염 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】 뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65

대상질병명	분류번호
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】 뇌출혈 분류표

- ① 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】 허혈성심장질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성 허혈성심장병	I25

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】 간경변증 분류표

- ① 약관에 규정하는 간경변증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
2. 알코올성 간경변증	K70.3
3. 간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
4. 간의 섬유증 및 경변증	K74
5. 간의 만성 수동울혈	K76.1

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】 만성폐쇄성폐질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 만성폐쇄성폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
2. 단순성및점액화농성만성기관지염	J41
3. 상세불명의만성기관지염	J42
4. 폐기종	J43
5. 기타만성폐쇄성폐질환	J44

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있

- 어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 17】 6대희귀난치성질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 6대희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 다발경화증	G35
2. 운동신경세포병	G12.2
3. 염증성 다발신경병증	G61
4. 모야모야병	I67.5
5. 전신홍반루푸스	M32
6. 섬유종을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.1

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 18】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

- ① 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명	
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.	

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오텍정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오텍정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밍삼합체 bortezomib	벨조밍주1밀리그램(보르테조밍삼합체) 벨조밍주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 벨케이드주(보르테조밍삼합체) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 테조민주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 테조민주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체) 테조벨주(보르테조밍삼합체) 프로테조밍주(보르테조밍삼합체) 프로테조밍주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밍 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밍) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조밍)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 젤코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 디씨바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 디씨바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로씨타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로씨타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타씨바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타씨바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타씨바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타씨원정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타씨원정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스) 아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스) 아피니토정5밀리그램(에베로리무스) 에리니토정10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브) 스팩사정250밀리그램(게피티니브) 이레사정(게피티니브) 이레티닙정250밀리그램(게피티니브) 이레피논정(게피티니브) 제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		류코백정100밀리그램(이매티닙메실산염) 류코백정400밀리그램(이매티닙메실산염) 유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이니백정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이니백정400밀리그램(이매티닙메실산염) 이매티퀵정400밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 케어백정100밀리그램(이매티닙메실산염) 케어백정200밀리그램(이매티닙메실산염) 케어백정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밍시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밍시트레이트) 닌라로캡슐3밀리그램(익사조밍시트레이트) 닌라로캡슐4밀리그램(익사조밍시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물) 올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염) 타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립) 입랜스캡슐125mg(팔보시클립) 입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염) 아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈팩트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염) 슈팩트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	록소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(록소리티닙인산염) 자카비정10밀리그램(록소리티닙인산염) 자카비정15밀리그램(록소리티닙인산염) 자카비정20밀리그램(록소리티닙인산염)
31	소라페닙티토실레이트(미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙티토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드) 매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙) 카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염) 파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염) 파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날리드정(레날리도마이드) 레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램 알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	줄린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알론브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알론브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알론브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
43	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넛주150밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합) 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙) 허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합) 허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체, 유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터 (올라라투맙, 유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠폴리시티주300밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합) 엠폴리시티주400밀리그램(엘로투주맙, 유전자재조합)
50	실룩시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
51	세룩시맙 cetuximab	얼비톡스주5mg/mL(세룩시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙, 유전자재조합)
53	브렌톡시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리톡시맙 rituximab	맙테라주(리톡시맙)(단클론항체, 유전자재조합) 맙테라피하주사(리톡시맙)(유전자재조합) 트룩시마주(리톡시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
56	라우시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라우시루맙, 유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎌트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
60	펌브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펌브롤리주맙, 유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드 염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립) 버제니오정100밀리그램(아베마시클립) 버제니오정150밀리그램(아베마시클립) 버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

【별표 19】
1~5종 수술 분류표 III

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 주1)	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)]	3

구분	수술명	수술종류
	· 악관 절(顎關節)은 제외함]	
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	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(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술종류
	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 제외함]	1
비뇨기계 ·생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보형금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
내분비기계의 수술	55. 질탈(膺脫)근본수술	1
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊N腫瘍) 절제수술	4
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2

구분	수술명	수술종류
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
청각기(聽覺器)의 수술	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	

구분	수술명	수술종류
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

- 주1) 근골(筋骨)의 수술에서 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외하며, 치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것도 제외합니다.
- 주2) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.
- 주3) 상기 3항의 수술 중 남성이 ‘유방의 장애(N60~N64)’로 진단 확정을 받고 시행한 ‘유방절제술(Mastectomy)-피하절제[남성의 여성형 유방절제 포함](Subcutaneous)’수술의 경우 4항을 적용합니다.
- 주4) 상기 88-2항의 수술 중 ‘대장용종’ 진단으로 시행한 ‘내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술’은 88-3항을 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radicalcurative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

- 주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘1. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
- 주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
- 주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술 분류표Ⅲ 사용 지침)

1. 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 「1~5종 수술분류표Ⅲ」에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
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 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. 「1~5종 수술분류표Ⅲ」 상에 열거되지 않은 선진의료적첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

「1~5종 수술분류표Ⅲ」에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

- 1) 「1~5종 수술분류표Ⅲ」 상의 수술 이외에 보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 「1~5종 수술분류표Ⅲ」 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 「1~5종 수술분류표Ⅲ」 중 「일반질병 및 상해치료 목적의 수술」 88항 (악성신생물의 경우는 「악성신생물 치료 목적의 수술」 2항)을 우선 적용합니다.
6. 「악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적방사선 치료」라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
 7. 「두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적방사선 치료」라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두 개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
 8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용성형 목적의 수술

- 2) 피임(避妊)목적의 수술 및 검사, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 3) 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- 4) 기타 「1~5종 수술분류표Ⅲ」에 해당하지 않는 시술

【별표20】 심장관련질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 심장관련으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
급성 류마티스열	100 ~ 102
만성 류마티스 심장질환	105 ~ 109
허혈성 심질환	120 ~ 125
폐성심장병 및 폐순환의 질환	126 ~ 128
기타형태의 심장질환	130 ~ 152
칸디다심내막염	B37.6
수막알균성 심장막염	A39.5
수막알균성 심내막염	A39.5
수막알균성 심근염	A39.5
수막알균성 심장염 NOS	A39.5

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】 특정부위 분류표

구 분	특 정 부 위
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	기관지, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁)] 포함]

구 분	특 정 부 위
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 안와내 조직 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 대퇴탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【별표22】 특정질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부를 판단합니다.

구분	특정질병	분류코드	항 목 명
1	담석증	K80	담석증
2	요로결석	N20 N21 N22 N23	신장 및 요관의 결석 하부 요로의 결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 상세불명의 신장 급통증
3	척추질환	M40 M41 M42 M43 M45 M46 M47 M48 M49 M50 M51 M53 M54	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증 척추굴연골증 기타 변형성 등병증 강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타 척추병증 달리 분류된 질환에서의 척추병증 경추간판장애 기타 추간판 장애 달리 분류되지 않은 기타 등병증 등통증
4	결핵	A15 A16 A17 A18 A19 B90	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵 신경계통의 결핵 기타 기관의 결핵 좁쌀 결핵 결핵의 후유증
5	하지정맥류	I83	하지의 정맥류
6	골반염	N73 N74	기타 여성 골반의 염증성 질환 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애
7	연골증 관절증 관절염	M00 M01 M02 M03 M05 M06 M07 M08 M09 M10 M11 M12 M13 M14 M15 M16 M17 M18 M19 M93 M94	화농성 관절염 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염 반응성 관절병증 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증 혈청검사양성 류마티스관절염 기타 류마티스관절염 건전성 및 장병증성 관절병증 연소성 관절염 달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염 통풍 기타 결절 관절병증 기타 특정 관절병증 기타 관절염 달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증 다발관절증 고관절증 무릎 관절증 제1수근중수관절의 관절증 기타 관절증 기타 골연골병증 연골의 기타장애

구분	특정질병	분류코드	항 목 명
8	심장질환	I00	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스열
		I02	류마티스무도병
		I05	류마티스성 승모판 질환
		I06	류마티스성 대동맥판 질환
		I07	류마티스성 삼첨판 질환
		I08	다발판막 질환
		I09	기타 류마티스심장질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐색전증
		I27	기타 폐성 심장질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	기타 심장막의 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실차단 및 좌각차단
		I45	기타 전도장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애
9	뇌혈관질환	I60	거미막하출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관질환의 후유증

구분	특정질병	분류코드	항 목 명
		G45 G46	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군 뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
10	고혈압	I10 I11 I12 I13 I15	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압
11	당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14 O24	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 임신중 당뇨병

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 지정하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 지정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 지정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】 고액치료비암 분류표

- ① 약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88

대상질병명	분류번호
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	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	D47.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】 총수염 분류표

- ① 약관에 규정하는 총수염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
총수의 질환	K35 ~ K38

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】 특정전염병 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의

해당 여부를 판단합니다.

대 상 전 염 병	분 류 번 호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 - A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 - A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막알균수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비폐렴성 재향군인병(폰티액열)	A48.1 - A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 - B54

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 「출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)」 질병분류번호는 포함하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】 통풍 분류표

- ① 약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
통풍	M10

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】 대상포진 분류표

- ① 약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
대상포진	B02

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】 대상포진눈병 분류표

- ① 약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
대상포진눈병	B02.3

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】
요실금 분류표

- ① 약관에 규정하는 요실금으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
스트레스 요실금	N39.3
기타 명시된 요실금	N39.4
상세불명의 요실금	R32

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】
급여 요실금수술 분류표

약관에 규정하는 급여 요실금수술로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
요실금수술 질강을 통한수술-기타의 경우	R3565

【별표31】
급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
체외조사에대한방사선모의치료및치료계획	
기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010

대상이 되는 의료행위		수가코드
	기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
	기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
	기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
	기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD012
	기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD412
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD015
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD415
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
	전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
밀봉소선원치료에대한치료계획및모의치료		
	외부접촉조사치료	HD021
	강내치료,관내치료	HD022
	조직내치료	HD023
치료보조기구고안및제작-차폐물		HD031
치료보조기구고안및제작-보상체		HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구		HD033
전립선암에Iodine-125영구삽입술[계획]		HD040
체내(체표면)선량측정		HX401
조사면검교정-필름검교정		HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]		HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]		HY405
체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]		HD051
체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD054
체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]		HD052
체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD055
체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]		HD053
체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD056
회전조사-저에너지방사선치료		HD057
회전조사-중에너지방사선치료		HD058
회전조사-고에너지방사선치료		HD059
입체조형치료		HD061
개봉선원치료-경구투여방법		HD071
개봉선원치료-정맥주사방법		HD072
개봉선원치료-기타방법		HD073
밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료		HD080

대상이 되는 의료행위	수가코드
밀봉소선원치료-강내치료[고선량을분할치료]-1치료기간당	HD081
밀봉소선원치료-강내치료[고선량을분할치료]-치료중단시	HD082
밀봉소선원치료-강내치료[저선량을분할치료]-방사성선원삽입당일	HD083
밀봉소선원치료-강내치료[저선량을분할치료]-익일부터	HD084
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량을분할치료]-1치료기간당	HD085
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량을분할치료]-치료중단시	HD086
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량을분할치료]-방사성선원삽입당일	HD087
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량을분할치료]-익일부터	HD088
밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD089
전신조사-전신	HD091
전신조사-전립프절	HD092
전신피부전자선조사	HD093
정위적방사선분할치료	HD110
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	HD212
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료	HD121
세기변조방사선치료	HZ271
전립선암에Iodine-125영구삽입술[치료]	HD150

【별표32】 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.

분 류	분류코드
부신피호르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1을 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표33】
아나필락시스 분류표

- ① 약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】
특정전염병Ⅱ 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정전염병Ⅱ으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 전 염 병	분 류 번 호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1 - A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33 - A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막알균수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비페렴성 재향군인병(폰티액열)	A48.1 - A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50 - B54
바이러스가 확인된 코로나바이러스질환 2019[바이러스가 확인된 코로나-19]	U07.1
상세불명의 중증급성호흡증후군(SARS)	U04.9
상세불명의 중동호흡기증후군(MERS)	U18.0

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 「출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)」 질병분류번호는 포함하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】 심장질환(특정 I) 분류표

- ① 약관에 규정하는 심장질환(특정 I)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
1. 급성 심근경색증	I21

대상질병명	분 류 번 호
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】 심장질환(특정Ⅱ) 분류표

- ① 약관에 규정하는 심장질환(특정Ⅱ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
1. 협심증	I20
2. 기타급성허혈성심장질환	I24
3. 만성허혈성심장병	I25
4. 급성 심장막염	I30
5. 심장막의 기타질환	I31
6. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
7. 급성 및 아급성 심내막염	I33
8. 상세불명 판막의 심내막염	I38
9. 급성 심근염	I40
10. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표37】 심장질환(특정Ⅲ) 분류표

- ① 약관에 규정하는 심장질환(특정Ⅲ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이

후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
1. 류마티스성 대동맥판협착	106.0
2. 폐쇄부전이 있는 류마티스성 대동맥협착	106.2
3. 비류마티스성 승모판장애	134
4. 비류마티스성 대동맥판장애	135
5. 비류마티스성 삼첨판장애	136
6. 폐동맥판장애	137
7. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	139
8. 심근병증	142
9. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	143
10. 발작성 빈맥	147
11. 심장세동 및 조동	148
12. 심부전	150

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표38】 심장질환(특정Ⅳ) 분류표

- ① 약관에 규정하는 심장질환(특정Ⅳ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
기타 심장부정맥	149

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】 척추상해분류표

- ① 약관에 규정하는 척추상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 목의 골절	S12
2. 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
3. 경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
4. 경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
5. 경추 신경근의 손상	S14.2
6. 상완신경총의 손상	S14.3
7. 흉추의 골절	S22.0
8. 흉추의 다발골절	S22.1
9. 흉추간판의 외상성 파열	S23.0
10. 흉추의 탈구	S23.1
11. 흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
12. 흉수의 진탕 및 부종	S24.0
13. 흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
14. 흉추 신경근의 손상	S24.2
15. 요추의 골절	S32
16. 요추의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
17. 요수의 진탕 및 부종	S34.0
18. 요수의 기타 손상	S34.1
19. 요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
20. 말총의 손상	S34.3
21. 요천수신경총의 손상	S34.4
22. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40】 시니어골절 분류표

- ① 약관에 규정하는 시니어골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
2. 요추 및 골반의 골절	S32
3. 어깨 및 위팔의 골절	S42
4. 손목 및 손부위의 골절	S62
5. 대퇴골의 골절	S72

분 류 항 목	분 류 번 호
6. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
7. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41】 시니어다발암 분류표

- ① 약관에 규정하는 시니어다발암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
위암 및 식도암	식도의 악성신생물 위의 악성신생물	C15 C16
폐암	기관지의 악성신생물 기관지 및 폐의 악성신생물	C33 C34
소장암, 대장암 및 항문암	소장의 악성신생물 결장의 악성신생물 직장구불결장접합부위의 악성신생물 직장의 악성신생물 항문 및 항문관의 악성신생물	C17 C18 C19 C20 C21
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암	간 및 간내 담관의 악성신생물 담낭의 악성신생물 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물 췌장의 악성신생물	C22 C23 C24 C25

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표42】
폐렴 분류표**

- ① 약관에 규정하는 폐렴으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
상세불명 병원체의 폐렴	J18

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

**【별표43】
폐렴중증도(PSI : Pneumonia Severity Index) 지표 점수 산정**

PSI지표 점수는 대한결핵 및 호흡기학회의 폐렴 진료 지침에서 환자의 중증도나 사망위험도에 따라 입원여부, 일반병동 또는 중환자실 치료 등을 결정하는 객관적인 기준으로 사용하도록 권고하는 폐렴 중증도 판정도구로 세부 내용은 다음과 같습니다.

구 분	인 자	점수
환자특성	남자	만 연령
	여자	만 연령 -10
	요양시설 거주자	+10
동반질환	악성종양	+30
	간 질환	+20
	울혈성 심부전	+10
	뇌혈관질환	+10
	신장질환	+10
신체검진소견	의식 변화(저하)	+20
	호흡수 $\geq$ 30/분	+20

구 분	인 자	점수
	수축기 혈압 < 90mmHg	+15
	체온 < 35℃ 혹은 ≥ 40℃	+15
	맥박수 ≥ 125/분	+10
검사실 /방사선소견	동맥혈 pH < 7.35	+30
	BUN ≥ 30 mg/dL	+20
	Sodium(혈청 나트륨) < 130mEq/L	+20
	Glucose(혈청 포도당) > 250mg/dL	+10
	Hgb < 9 g/dL (적혈구용적률 < 30%)	+10
	PaO ₂ (대기하 동맥혈 산소분압) < 60mmHg (SaO ₂ < 90%)	+10
	흉막염(흉수저류)	+10

1. 동반질환

- 약성종양 (일년이내 모든 종양, 단, 피부 기저세포나 편평상피세포암제외)
- 간질환 : 임상적 또는 조직학적 간경화나 만성 활동성 감염
- 울혈성 심부전 : 병력, 신체검진 또는 검사소견으로 진단
- 뇌혈관질환 : 임상적인 뇌졸중 또는 CT나 MRI로 증명된 경우
- 신장질환 : 만성 신질환 또는 비정상적인 BUN이나 혈청 creatinine

2. 의식 변화(저하) : 사람, 장소, 시간에 대한 인식 상실이나, 최근 의식 혼탁(stupor, coma)

【별표44】 특정류마티스관절염 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정류마티스관절염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
혈청검사양성 류마티스관절염	M05
기타 류마티스관절염	M06
류마티스폐질환	J99.0

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표45】 요로결석 분류표

- ① 약관에 규정하는 요로결석으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분 류 번 호
신장 및 요관의 결석 하부요로의 결석	N20 N21

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46】 간질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 간질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
바이러스 감염 간의 질환	B15 ~ B19 K70 ~ K77

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 ‘간질환’중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있습니다.

간질환 대상코드		동시 진단 가능 코드	
대상이 되는 질병	분류번호	대상이 되는 질병	분류번호
달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애	K77.0*	거대세포바이러스간염 톡소포자충간염	B25.1+ B58.1+

주) 상기외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표47】 안과질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 안과질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 눈 및 눈 부속기의 질환	H01-H59
2. A00-G99, H60-O99, R00-R99에 해당하는 질병으로서 안과전문의가 진단 및 수술한 눈 및 눈 부속기관의 질병	

- 주1) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류 참고하여 주시기 바랍니다)
- 주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표48】 호흡기질환분류표

- ① 약관에 규정하는 호흡기질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성상기도감염	J00 ~ J06
2. 상세불명의 상기도질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염	J41, J42
5. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
6. 폐렴, 재향군인병	J12 ~ J18, A48.1
7. 거대세포바이러스폐렴	B25.0
8. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
9. 수두폐렴	B01.2
10. 폐톡소포자충증	B58.3

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표49】 이비인후과질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 이비인후과질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 귀 및 유도의 질환	H60-H95
2. A00-H59, I00~N99, R00-R99에 해당하는 질병으로서 이비인후과전문의가 진단 및 수술한 귀, 코, 인후부 기관의 질병	

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표50】
척추질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 척추질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 척추의 결핵(M49.0*)	A18.00
2. 척추의 악성 신생물	C41.2
3. 골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 악성 신생물	C41.4
4. 척수막의 악성 신생물	C70.1
5. 척수의 악성 신생물	C72.0
6. 말총의 악성 신생물	C72.1
7. 척추의 양성 신생물	D16.6
8. 골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 양성 신생물	D16.8
9. 척수막의 양성 신생물	D32.1
10. 척수의 양성 신생물	D33.4
11. 척수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42.1
12. 척수의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43.4
13. 척추내 농양 및 육아종	G06.1
14. 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M50-M51†)	G55.1
15. 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†)	G55.2
16. 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박(M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)	G55.3
17. 마미 신경증후군(Cauda equina syndrome)	G83.4
18. 척수의 기타 질환	G95
19. 척주후만증 및 척주전만증	M40
20. 척추측만증	M41
21. 척추굴연골증	M42
22. 기타 변형성 등병증	M43
23. 강직척추염	M45
24. 기타 염증성 척추병증	M46
25. 척추증	M47
26. 기타 척추병증 (M48.0 척추 협착 / Spinal stenosis)	M48
27. 달리 분류된 질환에서의 척추병증	M49
28. 경추간판장애	M50
29. 기타 추간판 장애	M51
30. 달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
31. 등통증	M54
32. 달리 분류되지 않은 척추후궁절제후 증후군	M96.1
33. 척추후궁절제후 척주후만증	M96.3
34. (척추)부분탈구복합	M99.1
35. 신경관의 부분탈구성 협착	M99.2
36. 신경관의 골성 협착	M99.3
37. 신경관의 결합조직협착	M99.4
38. 신경관의 추간판협착	M99.5
39. 추간공의 골성 또는 부분탈구성 협착	M99.6
40. 추간공의 결합조직 및 원반 협착	M99.7

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51】 항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명

- ① 아래 “항암호르몬약물치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 9월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 “항암호르몬약물치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명	
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “항암호르몬약물치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.	

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정250밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화)) 자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아 나 스 트 로 졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 아트로졸정(아나스트로졸) 페미젯정1밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비 칼 루 타 미 드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드) 비카덱스정(비칼루타마이드)50밀리그램 비카루드정 칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드) 비카소정(비칼루타미드) 카덱스정(비칼루타미드) 카소비트(비칼루타미드) 프로세이드정(비칼루타미드) 프로카덱스정(비칼루타마이드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타마이드정50밀리그램
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디엔질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정2.5밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염) 로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바덱스디정(타목시펜시트르산염) 놀바덱스정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목센정
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카팸틸-데포(트립토렐린아세트산염) 데카팸틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주11.25밀리그램(파모산트립토렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트) 네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤) 메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤)

【별표52】

갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

- ① 아래 “갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 10월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 “갑상선암호르몬치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명	
- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. - 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. - 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “갑상선암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.	

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 Levothyroxine	썬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 썬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 콤지로이드정(부광리오토릭스정)
2	리오티로닌 Liothyronine	테트로닌정5마이크로그램(리오티로닌나트륨) 엘트릭스정

【별표53】 욕창 분류표

- ① 약관에 규정하는 욕창으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
욕창궤양 및 압박부위 ^{주1)}	L89

- 주1) 욕창궤양 및 압박부위 : 신체에 일정한 부위에 압력 혹은 마찰과 응전력이 결합한 압력이 지속적 또는 반복적으로 가해짐으로써 모세혈관의 순환장애로 인한 허혈성 조직 괴사로 생기는 피부나 하부 조직의 손상상태
- 주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54】 중등증이상 욕창 분류표

- ① 약관에 규정하는 중등증이상 욕창으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 욕창궤양 및 압박부위 제 3단계 ^{주1)}	L89.2
2. 욕창궤양 및 압박부위 제 4단계 ^{주2)}	L89.3

- 주1) 욕창궤양 및 압박부위 제 3단계 : 밑에 있는 근막까지 확장된 피하조직의 괴사와 손상을 포함한 전층 피부손실을 동반한 욕창[압박]궤양
- 주2) 욕창궤양 및 압박부위 제 4단계 : 근육, 뼈 또는 지지구조(즉, 힘줄 또는 관절낭)의 괴사를 동반한 욕창[압박]궤양
- 주3) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표55】
급성당뇨합병증 분류표

- ① 약관에 규정하는 급성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
혼수를 동반한 1형 당뇨병	E10.0
혼수를 동반한 2형 당뇨병	E11.0
혼수를 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.0
혼수를 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.0
혼수를 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.0
산증을 동반한 1형 당뇨병	E10.1
산증을 동반한 2형 당뇨병	E11.1
산증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.1
산증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.1
산증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.1

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표56】
만성당뇨합병증 분류표

- ① 약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분 류 번 호
1형 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E10.2 E10.3 E10.4 E10.5
2형 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E11.2 E11.3 E11.4 E11.5
영양실조-관련 당뇨병	· 신장 합병증을 동반	E12.2

구 분	대상이 되는 질병	분 류 번 호
	· 눈합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E12.3 E12.4 E12.5
기타 명시된 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E13.2 E13.3 E13.4 E13.5
상세불명의 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E14.2 E14.3 E14.4 E14.5
기타 당뇨병성 합병증	· 당뇨병성 단일신경병증 · 당뇨병성 다발신경병증 · 당뇨병성 백내장 · 당뇨병성 망막변증 · 당뇨병성 관절변증 · 당뇨병에서의 사구체 장애	G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3

- 주1) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 한국표준질병·사인분류 참고하여 주시기 바랍니다)
- 주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표57】 특정고혈압합병증 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정고혈압합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
고혈압성 심장병	I11
고혈압성 신장병	I12
고혈압성 심장 및 신장병	I13
고혈압성 뇌병증	I67.4
H35.0 중 고혈압성 망막병증	H35.0 ^{주1)}

- 주1) 해당 분류번호는 대상질병에 기재된 특정 질병에 한합니다.
- 주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표58】 심자인대질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 심자인대질환으로 분류되는 상병 또는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병 또는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 또는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 무릎의 내부장애	M23
2. 무릎의 (전)(후)심자인대를 침범한 염좌 및 긴장	S83.5
3. (측부)(심자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표59】 급여 심자인대수술 분류표

약관에 규정하는 급여 심자인대수술로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목	수 가 코 드
1. 심자인대성형술	N0880
2. 심자인대성형술 - 복잡	N0881
3. 심자인대접합술	N0890

- 주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표60】
반월판연골질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 반월판연골질환으로 분류되는 상병 또는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병 또는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 또는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 무릎의 내부장애	M23
2. 현존 반달연골의 찢김	S83.2
3. (측부)(십자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표61】
급여 반월판연골수술 분류표

약관에 규정하는 급여 반월판연골수술로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목	수 가 코 드
1. 반월판 연골절제술(내측 또는 외측)	N0821
2. 반월판 연골절제술(내외측 동시)	N0822
3. 반월판 연골절제술(내측 또는 외측) - 복잡	N0826
4. 반월판 연골절제술(내외측 동시) - 복잡	N0827
5. 반월상 연골봉합술(내외 또는 외측)	N0823
6. 반월상 연골봉합술(내외 또는 외측) - 복잡	N0828
7. 반월상 연골봉합술(내외측 동시)	N0824
8. 반월상 연골봉합술(내외측 동시) - 복잡	N0829
9. 반월상 연골이식술	N0825
10. 반월상 연골이식술 - 복잡	N0820

- 주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표62】
아킬레스건질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 아킬레스건질환으로 분류되는 상병 또는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병 또는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 또는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 아킬레스힘줄염 2. 아킬레스힘줄의 손상	M76.6 S86.0

- 주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표63】
급여 아킬레스건수술 분류표

약관에 규정하는 급여 아킬레스건수술로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목	수 가 코 드
1. 아킬레스재건술	N0920
2. 아킬레스연장술	N0921
3. 건및인대성형술-간단한것[절제,봉합,박리]	N0931
4. 건및인대성형술-복잡한것[이식,이전,교환,인공건성형]	N0932

- 주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표64】
급여 기관절개수술 분류표

- ① 약관에 규정하는 급여 기관절개수술로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
기관절개술 - 관혈적 기관절개술	O1300
기관절개술 - 경피적 확장 기관절개술	O1301
윤상갑상막절개술 - 투관침에 의한 경우	O1303
윤상갑상막절개술 - 피부절개에 의한 경우	O1306
종격동 기관절개술	O1305

- ② 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표65】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상은 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2021-362호, 2022. 3. 1시행)“ 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
1. 【별표65-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표65-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
2. 【별표65-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I60-I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, 【별표65-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
3. 【별표65-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, 【별표65-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

- 주) 1. NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 전량화하는데 사용하는 도구입니다.
2. “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다.

【별표65-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호, 2022. 3. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자

환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 뇌혈관질환	I60~I67
2. 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
3. 후천성 동정맥류	I77.0
4. 순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
5. 두개내손상	S06

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표65-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에 규정하는 중증질환자 뇌혈관질환의 수술은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호, 2022. 3. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
1. 혈중제거를 위한 개두술	S4621, S4622
2. 뇌동맥류수술	S4641, S4642
3. 뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
4. 두개강내 혈관문합술	S4611, S4622
5. 단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
6. 뇌엽절제술	S4780
7. 뇌 기저부 수술	S4801~S4803
8. 중추신경계정위수술 - 혈중제거	S4756
9. 경피적풍선혈관성형술	M6593, M6954, M6597
10. 경피적뇌혈관악물성형술	M6599
11. 경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601, M6602, M6605
12. 경피적혈전제거술	M6630, M6632,
13. 혈관색전술	M6635~M6637, M6639
14. 천두술	M1661~M1667, M6644
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” 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표66】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상은 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2021-362호, 2022. 3. 1시행)“ 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
1. 【별표66-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표66-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 또는 【별표66-3】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분)에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일. 단, 【별표66-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 【별표66-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주) “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다.

【별표66-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호, 2022. 3. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상질환명	분류번호
1. 심장의 양성 신생물	D15.1
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 만성 류마티스심장질환	I05~I09
4. 허혈심장질환	I20~I25
5. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
6. 기타 형태의 심장병	I30~I51
7. 대동맥의 죽상경화증	I70.0
8. 대동맥동맥류 및 박리	I71
9. 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
10. 대동맥궁증후군(다카야수)	M31.4
11. 순환계통의 선천기형	Q20~Q25
12. 대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
13. 흉부 혈관의 손상	S25
14. 심장의 손상	S26

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표66-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에 규정하는 중증질환자 심장질환의 수술은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호, 2022. 3. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
1. 동맥관 우회로 조성술	OA640, OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649

2. 심장 창상봉합술	O1660
3. 동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
4. 대동맥축착증수술	O1680
5. 폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
6. 심혈관단락술	O1701, O1702
7. 폐동맥결찰술	O1703, O1704
8. 심방중격결손조성술	O1705
9. 심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
10. 판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
11. 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
12. 판막성형술	O1781~O1784
13. 인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
14. 인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
15. 비봉합 대동맥판막치환술	O1799
16. 활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
17. 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
18. 심내막상결손증 수술	O1821, O1822
19. 좌심실류절제술	O1823
20. 좌심실용적축소성형술	O1824
21. 좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
22. 관상동맥 내막절제술	O1830
23. 발살바동 동맥류파열수술	O1840
24. 동정맥기형교정술	O1841
25. 기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
26. 좌우폐동맥 성형술	O1861
27. 기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
28. 라스텔리씨수술	O1875
29. 총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
30. 대혈관전위증 수술	O1879
31. 심실 보조장치 치료술	O0881~O0883, O0886~O0889
32. 인공심폐순환	O1890
33. 개흉심장마사지	O1895
34. 부분체외순환	O1901~O1902
35. 체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
36. 국소관류	O1910
37. 대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
38. 심낭루조성술	O1931
39. 심낭창형성술	O1932, O1935
40. 심막절제술	O1940
41. 폐동맥혈전제거술	O1950
42. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
43. 심내이물제거술	O1970
44. 심장종양제거술	O1981, O1982
45. 심박기거치술	O2001, O2004, O2005, O2009, O2023~O20210, O0241~O0243
46. 부정맥수술	O2006, O2007
47. 심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
48. 동맥류 절제술	O2021, O2022, O2031~O2033
49. 혈전제거술-심장	O0260
50. 경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
51. 경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
52. 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
53. 경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
54. 경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
55. 부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550, M0651, M0657,

56. 경피적 관상동맥확장술	M0658, M0661, M0662
57. 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6551~M6554
58. 경피적 관상동맥죽상반절제술	M6561~M6564, M6565~M6567
59. 경피적 대동맥판삽입	M6571, M6572
60. 경피적 폐동맥판 삽입술	M6580~M6582
61. 경피적 풍선혈관성형술	M6585
62. 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6595~M6597
63. 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6603~M6605
64. 대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6611~M6613
65. 경피적 혈관내 죽종제거술	M6651, M6652
66. 경피적 혈전제거술	M6620
67. 혈관색전술	M6632, M6634, M6638, M6639
68. 심장이식술	M6644
69. 심장 및 폐이식술	Q8080
	Q8103

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표66-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에 규정하는 중증질환자 심장질환의 약제성분은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호, 2022. 3. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

약제성분명	주사제
1. Alteplase	주사제
2. Tenecteplase	주사제
3. Urokinase	주사제

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표67】 남성생식기관(전립선, 음경, 고환)암 분류표

① 약관에 규정하는 남성생식기관(전립선, 음경, 고환)암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 음경의 악성 신생물	C60
2. 전립선의 악성 신생물	C61
3. 고환의 악성 신생물	C62
4. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시

시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표68】 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암 분류표

- ① 약관에 규정하는 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 태반)암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 외음의 악성신생물	C51
3. 질의 악성신생물	C52
4. 자궁경부의 악성신생물	C53
5. 자궁체부의 악성신생물	C54
6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
7. 난소의 악성신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
9. 태반의 악성신생물	C58

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
 - ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표69】 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암 분류표

- ① 약관에 규정하는 비뇨기관(신장, 방광, 요관)암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
2. 신우의 악성 신생물	C65
3. 요관의 악성 신생물	C66
4. 방광의 악성 신생물	C67
5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표70】 위암 및 식도암 분류표

- ① 약관에 규정하는 위암 및 식도암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 위의 악성 신생물	C16

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표71】
소장암·대장암 및 항문암 분류표

- ① 약관에 규정하는 소장암·대장암 및 항문암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 소장의 악성신생물	C17
2. 결장의 악성신생물	C18
3. 직장구불결장접합부위의 악성신생물	C19
4. 직장의 악성신생물	C20
5. 항문 및 항문관의 악성신생물	C21

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표72】
간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 분류표

- ① 약관에 규정하는 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
2. 담낭의 악성신생물	C23
3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
4. 췌장의 악성신생물	C25

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표73】
심장암 및 뇌암 분류표

- ① 약관에 규정하는 심장암 및 뇌암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 흉선의 악성 신생물	C37
2. 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물	C38
3. 수막의 악성 신생물	C70
4. 뇌의 악성 신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표74】
호흡기암 분류표

- ① 약관에 규정하는 호흡기암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 후두의 악성신생물	C32
2. 기관의 악성신생물	C33
3. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표75】
림프종 및 백혈병 관련암 분류표

- ① 약관에 규정하는 림프종 및 백혈병 관련암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 호지킨림프종	C81
2. 소포성 림프종	C82
3. 비소포성 림프종	C83
4. 성숙 T/NK-세포림프종	C84
5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
6. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
7. 악성 면역증식질환	C88
8. 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
15. 만성 골수증식질환	D47.1
16. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표76】
카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 카티(CAR-T)보장대상 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 카티(CAR-T)보장대상암 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종	C83.3
2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C91.0

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시

- 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
 3. 이 특별약관 제5조(보험금 지급 관련 세부사항) 제4항에 따라 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경되는 경우, 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위”에 따라 카티(CAR-T)보장대상임을 변경하여 적용합니다.
 4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표77】 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명

- ① 아래 "카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "카티치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
· 성분명은 “효능·효과”를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. · 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. · 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 카티(CAR-T)치료제 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)

【별표78】 중대한특정상해 분류표

- ① 약관에 규정하는 중대한 상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분류항목	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복강내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표79】 중증외상 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증외상환자 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

- 주) “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다.

【별표80】 중증화상 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증화상환자 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 (【별표80-1】 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	V247
(【별표80-1】 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진	

료를 받는 경우	
(【별표80-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
(【별표80-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
(【별표80-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 (【별표80-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 수술을 받는 경우	V306
(【별표80-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 상병 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주) “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상환자 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다.

【별표80-1】 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명

약관에 규정하는 중증화상환자 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병명 및 수술명을 말합니다.

<중증도 기준>

구분	상 병 명	상병코드
1	머리 및 목의 2도 화상	T20.2
	몸통의 2도 화상	T21.2
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상	T22.2
	손목 및 손의 2도 화상	T23.2
	발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상	T24.2
	발목 및 발의 2도 화상	T25.2
	상세불명 신체부위의 2도 화상	T30.2
2	머리 및 목의 3도 화상	T20.3
	몸통의 3도 화상	T21.3
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상	T24.3
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	상세불명 신체부위의 3도 화상	T30.3
3	머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 중 안면부에 수상한 경우	T20.3
	몸통의 3도 화상(T21.3) 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우	T21.3
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	눈 및 부속기의 화상	T26.0~T26.4
4	호흡기도의 화상	T27.0~T27.3
	기타 내부기관의 화상	T28.0~T28.3

<체표면적 기준>

구분	상 병 명	상병코드
1	신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
2	신체표면의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
	신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

<수술명 및 수술코드>

구분	상 병 명	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” 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표81】

말기 간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

- ① 말기 간질환(경화)이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 1. 통제가 불가능한 복수증
 2. 영구적인 황달
 3. 위나 식도벽의 정맥류
 4. 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단 확정에는 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

【별표82】
말기 신부전증(End Stage Renal Failure)

말기신부전증이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장병(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외함.

【별표83】
말기 폐질환(End Stage Lung Disease)

- 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
폐렴이 합병된 홍역	B05.2
수두폐렴	B01.2
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐톡소포자충증	B58.3
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
홍막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
류마티스폐질환	M05.1

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
 - 상기 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
(예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우
 - 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병

분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표84】
위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함) 분류표

- ① 약관에 규정하는 위·십이지장 및 대장의 양성종양(폴립포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
위, 십이지장	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성 신생물	D12.0
	충수의 양성 신생물	D12.1
	상행결장의 양성 신생물	D12.2
	횡행결장의 양성 신생물	D12.3
	하행결장의 양성 신생물	D12.4
	구불결장의 양성 신생물	D12.5
	상세불명의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표85】
6대기관 양성종양(폴립포함) 분류표

- ① 약관에 규정하는 6대기관 양성종양(폴립포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
간, 담관 및 췌장	간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물	D13.4

대 상 질 병 명		분 류 번 호
	간외담관의 양성신생물 췌장의 양성신생물	D13.5 D13.6
기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
갑상선	갑상선의 양성신생물	D34
남성생식기관	남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성신생물 난소의 양성신생물 기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물 여성생식기관의 폴립	D25 D26 D27 D28 N84

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표86】
급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술 분류표

약관에 규정하는 급여 6대기관 양성종양(폴립포함)수술로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611~Q7789, QX706
간	간농양(낭종) 수술	
	가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
	나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
	다. 조대술	Q7213
	라. 낭종적출술	Q7214
담낭및 담도	담도낭종수술	
	가. 우회술	Q7331
	나. 절제술	Q7332
	담도종양수술	
기관지 및 폐	가. 양성	Q7341
	폐쇄기절제술	
	가. 단일	O1401
	나. 2-3개	O1403
	다. 4-5개	O1404

대상이 되는 의료행위		수가코드
	라. 6개 이상	O1405
	폐구역절제술	O1410
	폐엽절제술	
	가. 단일폐엽절제술	O1421
	나. 쌍폐엽절제술	O1422
	다. 폐엽과 폐구역절제술	O1423
	라. 소매폐엽절제술	O1424
체장	체장가성낭종수술	
	가. 조대술	Q7541
	나. 외부배액법	Q7542
	다. 내부배액법	Q7543
	체장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
갑상선	갑상선수술	
	가. 갑상선엽 전절제술	
	(1) 편측	P4551
	(2) 양측	P4552
	나. 갑상선엽 아전절제술	
	(1) 편측	P4553
	(2) 양측	P4554
갑상선설관낭종절제술		P4558
남성생식기 관	외성기 종양적출술	
	가. 양성	R4001
여성생식기 관	외음부 종양적출술	
	가. 양성	R4066
	질 종양적출술	
	가. 양성	R4070
	자궁근정절제술	
	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
	나. 3cm 이상(다발성 포함)	R4126
	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
	부속기 종양 적출술	
	가. 양성	R4421

【별표87】
뇌정위적방사선술 분류표

약관에 규정하는 뇌정위적방사선술로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여

여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목	수 가 코 드
감마나이프이용	HD113
사이버나이프 이용	HD114
선형가속기 이용	HD115

주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표88】 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표

약관에 규정하는 심장부정맥고주파·냉각절제술로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목		수 가 코 드
부정맥의 고주파 절제술	부정맥의 고주파절제술 - 상심실성 부정맥 - 상심실성 부정맥 - 중격천자 - 심방세동 - 심방세동 - 중격천자 - 심방세동 - 하대정맥 - 삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술 - 심실성 부정맥	M6541 M6544 M6542 M6545 M0654 M6543
	삼차원(3-D)빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술 - 상심실성 부정맥 - 상심실성 부정맥 - 중격천자 - 심방세동 - 심방세동 - 중격천자 - 심실성 부정맥	M6546 M6549 M6547 M6540 M6548
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M6550 M6556
부정맥의 냉각절제술	부정맥의 냉각절제술 - 상심실성 부정맥 - 상심실성 부정맥 - 중격천자 - 심방세동 - 심방세동 - 중격천자 - 심방세동 - 하대정맥 - 삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술 - 심방세동 - 냉각풍선절제술 - 심방세동 - 냉각풍선절제술 - 중격천자 - 심실성 부정맥 - 방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M0657 M0653 M0658 M0655 M0659 M0651 M0652 M0661 M0662 M0656

주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표89】
관상동맥성형술 분류표

약관에 규정하는 관상동맥성형술로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목		수 가 코 드
경피적 관상동맥확장 술	단일혈관 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재 술 등] 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 추가혈관	M6551 M6553 M6554 M6552
경피적 관상동맥스텐 트삽입술	단일혈관 단일혈관 - 경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반 절제술과 동시에 시술한 경우 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일 차적중재술 등] 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 - 경피적 관상동 맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경 우 추가혈관 추가혈관 - 경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반 절제술과 동시에 시술한 경우	M6561 M6563 M6565 M6566 M6567 M6562 M6564
경피적 관상동맥죽상 반절제술	단일혈관 추가혈관	M6571 M6572

주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는
경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표90】
고강도초음파집속술(HIFU) 분류표

약관에 규정하는 고강도초음파집속술(HIFU)로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목	수 가 코 드
자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술 [자궁근종]	RZ565
초음파 유도하 고강도초음파집속술 [자궁근종, 자궁선근종]	RZ566

주) 관계 법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우
그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【별표91】
중증질환자 암 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 암 산정특례 대상질환은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	대상질환명	분류번호
1	1. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물 2. 골 및 관절연골의 악성 신생물 3. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물 4. 다발성골수종 및 악성 형질세포신생물 5. 림프성 백혈병 6. 골수성 백혈병 7. 단핵구성 백혈병 8. 명시된 세포형의 기타 백혈병 9. 상세불명 세포형의 백혈병 10. 만성 골수증식질환 11. 본태성(출혈성) 혈소판혈증 12. 골수섬유증 13. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	C38 C40-C41 C69-C72 C90 C91 C92 C93 C94 C95 D47.1 D47.3 D47.4 D47.5
2	1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물 2. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 3. 췌장의 악성 신생물 4. 기관의 악성 신생물 5. 기관지 및 폐의 악성 신생물 6. 소포성 림프종 7. 비소포성 림프종 8. 성숙 T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 9. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종 10. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 11. 악성 면역증식성 질환 12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C22 C24 C25 C33 C34 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C96
3	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물 2. 식도의 악성 신생물 3. 위의 악성 신생물 4. 소장, 대장의 악성 신생물 5. 담낭의 악성 신생물 6. 비강 및 중이의 악성 신생물 7. 부비동의 악성 신생물 8. 후두의 악성 신생물 9. 흉선의 악성 신생물 10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물 11. 피부의 악성 흑색종 12. 종피성 및 연조직의 악성 신생물 13. 호지킨림프종 14. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물 15. 진성 적혈구증가증 16. 골수형성이상증후군	C00-C14 C15 C16 C17 C23 C30 C31 C32 C37 C39 C43 C45-C49 C81 C97 D45 D46
4	1. 수막의 양성 신생물 2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D32 D33
소액암	1. 결장의 악성 신생물 2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C18 C19

구분	대상질병명	분류번호
	3. 직장의 악성 신생물	C20
	4. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	5. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	6. 유방의 악성 신생물	C50
	7. 여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
	8. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
	9. 요로의 악성 신생물	C64-C68
	10. 부신의 악성 신생물	C74
	11. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	12. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
유사암	1. 기타 피부의 악성 신생물	C44
	2. 갑상선의 악성 신생물	C73
	3. 제자리신생물	D00-D09
	4. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
	5. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
	6. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
	7. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
	8. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
	9. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
	10. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
	11. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	12. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
	13. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
	14. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
	15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세 불명의 신생물	D47.9
	16. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표91-1】 중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 암(유사암 및 소액암제외) 산정특례 대상질환은 “본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	대상질병명	분류번호
1	1. 심장, 중격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	2. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
	3. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
	4. 다발성골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	5. 림프성 백혈병	C91
	6. 골수성 백혈병	C92
	7. 단핵구성 백혈병	C93
	8. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	9. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	10. 만성 골수증식질환	D47.1

구분	대상질병명	분류번호
	11. 본태성(출혈성) 혈소판혈증 12. 골수섬유증 13. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.3 D47.4 D47.5
2	1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물 2. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 3. 췌장의 악성 신생물 4. 기관의 악성 신생물 5. 기관지 및 폐의 악성 신생물 6. 소포성 림프종 7. 비소포성 림프종 8. 성숙 T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 9. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종 10. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 11. 악성 면역증식성 질환 12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C22 C24 C25 C33 C34 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C96
3	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물 2. 식도의 악성 신생물 3. 위의 악성 신생물 4. 소장 및 대장의 악성 신생물 5. 담낭의 악성 신생물 6. 비강 및 중이의 악성 신생물 7. 부비동의 악성 신생물 8. 후두의 악성 신생물 9. 흉선의 악성 신생물 10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물 11. 피부의 악성 흑색종 12. 종피성 및 연조직의 악성 신생물 13. 호지킨림프종 14. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물 15. 진성 적혈구증가증 16. 골수형성이상증후군	C00-C14 C15 C16 C17 C23 C30 C31 C32 C37 C39 C43 C45-C49 C81 C97 D45 D46
4	1. 수막의 양성 신생물 2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D32 D33

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표91-2】 중증질환자 소액암 산정특례 대상질환 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 소액암 산정특례 대상질환은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	대상질병명	분류번호
소액암	1. 결장의 악성 신생물 2. 직장구불결장접합부의 악성 신생물 3. 직장의 악성 신생물 4. 항문 및 항문관의 악성 신생물 5. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18 C19 C20 C21 C26

6. 유방의 악성 신생물	C50
7. 여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
8. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
9. 요로의 악성 신생물	C64-C68
10. 부신의 악성 신생물	C74
11. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
12. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표91-3】 중증질환자 유사암 산정특례 대상질환 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 유사암 산정특례 대상질환은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	대상질환명	분류번호
유사암	1. 기타 피부의 악성 신생물	
	2. 갑상선의 악성 신생물	C44
	3. 제자리신생물	C73
	4. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D00-D09
	5. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
		D38
	6. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
	7. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
	8. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
	9. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
	10. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
	11. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	12. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
	13. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
	14. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
	15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세 불명의 신생물	D47.9
	16. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표91-4】 중증질환자 암 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자 암 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193

주) “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다.

【별표92】 급여 창상붕합술 대상 수가코드 분류표

약관에 규정하는 창상붕합술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
창상붕합술 가.안면또는경부 (1)단순붕합	
(가)표재성인것	
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0029
주:길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	S0031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	S0032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0039
주:길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
(2)변연절제를 포함	
(가)표재성인것	
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA029
주:길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	SA031
	SA032

대상이 되는 질병	분류번호
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	SA037
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA038
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA039
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다63.81점을 추가 가산한다	SA040
가.안면과경부이외 (1)단순봉합	
(가)표재성인것	
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SB029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030
(나)근육에 달하는것	
1)길이 2.5cm미만	SB031
2)길이 2.5cm이상~5.0cm미만	SB032
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SB039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
(2)변연절제를포함	
(가)표재성인것	
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SC029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다103.14점을 추가 가산한다.	SC030
(나)근육에달하는것	
1)길이 2.5cm미만	SC031
2)길이 2.5cm이상~5.0cm미만	SC032
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SC039
주:길이 10cm이상창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다103.14점을 추가 가산한다.	SC040

주) 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표93】

급여 안면/경부 창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드 분류표

약관에 규정하는 창상봉합술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행

위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정 지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
창상봉합술 가.안면또는경부 (1)단순봉합	
(가)표재성인것	
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을가 산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	S0031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	S0032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가 산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
(2)변연절제를 포함	
(가)표재성인것	
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가 산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	SA031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	SA032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가 산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다63.81점을 추가 가산한다	SA040

주) 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표94】
중증치매 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증치매 산정특례대상은 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)” 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	상병코드	특정기호
I. 아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료		
조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)	F00.0	V800
알츠하이머병 2형(G30.0†)	F00.0	V800
초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0†)	F00.0	V800
알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(G30.0†)	F00.0	V800
피크병에서의 치매(G31.00†)	F02.0	V800
조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0	V800
피크병	G31.00	V800
전두측두치매	G31.00	V800
의미변이원발진행실어증	G31.01	V800
비유창원발진행실어증	G31.02	V800
로고페닉원발진행실어증	G31.03	V800
달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04	V800
진행성 고립성 실어증	G31.04	V800
루이소체치매(F02.8*)	G31.82	V800
II. 아래 상병으로 등록하여 다음 중 한 가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일. 단, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정		
① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우		
② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우		
③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우		
④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우		
만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1†)	F00.1	V810
알츠하이머병 1형(G30.1†)	F00.1	V810
알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1†)	F00.1	V810
알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1†)	F00.1	V810
비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8†)	F00.2	V810
비정형치매, 알츠하이머형(G30.8†)	F00.2	V810
급성 발병의 혈관성 치매	F01.0	V810
다발-경색치매	F01.1	V810
주로 피질성 치매	F01.1	V810
피질하 혈관성 치매	F01.2	V810
혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3	V810
만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1	V810

주) “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증치매 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 판단합니다.

【별표95】 급여 골절 특정재활치료 분류표

약관에 규정하는 급여 골절 특정재활치료로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-184호, 2019.9.1.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

분 류 항 목	수 가 코 드
1. 간헐적견인치료-경추견인	MM051
2. 간헐적견인치료-골반견인	MM052
3. 전기자극치료-마비근 치료	MM060
4. 경피적 전기신경자극치료[TENS]	MM070
5. 간섭파전류치료[ICT]	MM080
6. 재활저출력레이저치료 [1일당]	MM085
7. 단순운동치료 [1일당]	MM101
8. 운동치료-복합운동치료 [1일당]	MM102
9. 중추신경계발달재활치료	MM105
10. 작업치료-복합작업치료	MM112
11. 작업치료-특수작업치료	MM113
12. 일상생활동작훈련치료 [1일당]	MM114
13. 기능적 전기자극치료	MM151
14. 압박치료 [1일당]	MM190
15. 재활기능치료-매트 및 이동치료	MM301
16. 재활기능치료-보행치료	MM302

【별표96】
폐 관련암 분류표

- ① 약관에 규정하는 폐 관련암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 기관의 악성신생물	C33
2. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C39

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표97】
1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
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), 개심술 미동반	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
혈종제거술및기 타개두술(외상제	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
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 신경자극 기 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 우회로 조성술	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 병소절 제술	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 척추고 정술	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

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척추신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척추신경자극기 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
안구수술(종양수술포함)	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(유리체절제술 유무와무관)	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(유리체절제술 유무와무관)	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	111. 후발성 백내장 수술	C080	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
수술			
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술	C095	2
기타 안구내 수 술	115. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	116. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	117. 복잡 사시 수술	C111	1
	118. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	119. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	120. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	121. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	122. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	123. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	124. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	125. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	126. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	127. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	128. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	129. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	131. 결막낭 재건술	C141	1
	132. 복잡 결막 수술	C142	1
	133. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	134. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	135. 귀 이식술	D011	5
	136. 주요 내이 수술	D012	3
	137. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌 기 수술	138. 고실유양돌기 수술	D021	2
	139. 유양돌기 수술	D022	2
	140. 고실 수술	D023	2
	141. 이소골 재건술	D024	2
	142. 등골수술	D025	2
	143. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	144. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	145. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성 종양 수술	146. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	147. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	148. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	149. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	150. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	152. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	155. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
	156. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	157. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	158. 주요 코 수술	D081	1
	159. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	160. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	161. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악 성종양 수술	162. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	163. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제 술	164. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	165. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	166. 악관절 수술	D121	2
	167. 주요 안면골 수술	D122	2
	168. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	169. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	170. 이하선수술	D141	2
	171. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	172. 기타 타액선 수술	D143	1
	173. 타석제거술	D144	1
경부 수술	174. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노 이드 수술	175. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	176. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강,인후두수술	177. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	178. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타이비인후,구 강질환수술	179. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	180. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	181. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	183. 기타 폐 수술	E014	7
	184. 종격동 수술	E015	7
	185. 주요 흉곽 수술	E016	7
	186. 기타 흉곽 수술	E017	3
	187. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	188. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방 사선하 수술	189. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	190. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	191. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	192. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	193. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	194. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동 기 시술	195. 자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011	5

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
	196. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막수술(심 도자술사용)	197. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	198. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	199. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막수술(심 도자술미사용)	200. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	201. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	202. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	203. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐 장치 사용)	F041	8
	204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장 폐장치 사용)	F042	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐 장치 미사용)	F043	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장 폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수 술	207. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요혈관복구수 술(인공심장폐장 치사용)	209. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장 치 사용)	F061	8
	210. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐 장치 사용)	F062	8
	211. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요혈관복구수 술(인공심장폐장 치미사용)	212. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장 치 미사용)	F071	8
	213. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐 장치 미사용)	F072	8
	214. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	215. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동 반)	F081	4
	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	217. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	218. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	219. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	220. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	221. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	222. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	223. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성심근경색증 의경피적관상동 맥수술(심각한합 병증동반)	224. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합 병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합 병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성심근경색증 의경피적관상동 맥수술(심각한합 병증미동반, 단일혈관)	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합 병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합 병증 미동반, 다발혈관)	F122	4

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
병증미동반)	병증 미동반, 다발혈관)		
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	228. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화기능포함)	232. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	233. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	234. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화기능미포함)	235. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	236. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	237. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	238. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	239. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	240. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	241. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	242. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	243. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	244. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	246. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	247. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	248. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	249. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	250. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부제외)	251. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	252. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	253. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	254. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	255. 정맥류 국소 절제술	F252	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
기타 순환기계 수술	256. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	257. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	258. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	259. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프 절제제동반)	260. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절제제 동반)	G021	7
	261. 개복에 의한 직장절제술(림프절제제 동반)	G022	7
직장절제술(림프 절제제미동반)	262. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절제제 미동반)	G031	7
	263. 개복에 의한 직장절제술(림프절제제 미동반)	G032	7
경향문 및 경천 골 접근 직장절 제술	264. 경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경 우)	G041	7
	265. 경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요 십이지장 수 술	266. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	267. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	268. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	269. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	270. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	271. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	272. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	273. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	274. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	275. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수 술	276. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	277. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	278. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	279. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	280. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	281. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술(림프 절제제동반)	282. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절제제 동반)	G131	7
	283. 개복에 의한 결장절제술(림프절제제 동반)	G132	7
결장절제술(림프 절제제미동반)	284. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절제제 미동반)	G141	5
	285. 개복에 의한 결장절제술(림프절제제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	286. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	287. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	288. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	289. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	290. 장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	291. 장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수 술	292. 횡격막 탈장 수술	G190	4

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
탈장수술, 서혜 및 대퇴부제외	293. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G201	1
	294. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절 제 동반)	G202	1
	295. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G203	1
	296. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절 제 미동반)	G204	1
총수절제술	297. 복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	298. 복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경 우)	G212	3
	299. 개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	300. 개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대 퇴부 탈장 수술	301. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	303. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈 장수술(장절제동 반)	305. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈 장수술(장절제미 동반)	306. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개 복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수 술(장절제미동반)	308. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동 반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동 반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동 반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	311. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	312. 주요 치핵 수술	G271	1
	313. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	314. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	315. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	316. 주요 치루 수술	G291	1
	317. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항 문협착증 수술	318. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접 근 수술	319. 직장 질루 수술	G311	1
	320. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포 함)	G312	1
화농성한선염 수 술	321. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계	322. 기타 소화기계 수술	G332	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
수술			
소화기계 질환의 혈관색전술	323. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	324. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	326. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	327. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	329. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	330. 구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G533	1
	331. 구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G534	1
소화기내시경 시술, 화학요법을 동 반한 경우, 재원기 간 2일 이상	332. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원 기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	333. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	334. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	335. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합 수술	336. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	337. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	338. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수 술	339. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	340. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	341. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	342. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	343. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	344. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	345. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단 락술	346. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도절제술(림프 절제동반)	347. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	348. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도절제술(림프 절제미동반)	349. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	350. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	351. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	352. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	353. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경 피적담낭조루술 동반)	H101	4
	354. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적 담낭조루술 동반)	H102	4
	355. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
	356. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	357. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동 반)	H105	4
	358. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	359. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경 피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	360. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적 담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	361. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	362. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	363. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	364. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	365. 역행성담체관내시경 시술	H142	3
	366. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	367. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	368. 경피적 담관경 시술	H145	3
	369. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장 의 경피적 시술	370. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	371. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	372. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	373. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동 반	H156	6
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미 동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시 술	375. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	376. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	377. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	378. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	380. 고관절 전재치환술	I021	4
	381. 고관절 전치환술	I022	4
	382. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	383. 슬관절 전재치환술	I031	3
	384. 슬관절 전치환술	I032	3
	385. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치 환술 및 치환술	386. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	387. 기타 관절 전치환술	I042	2
	388. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	389. 인공관절삼입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부	390. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
판 이식 및 사지 재접합술			
척추강내 병소절 제술	391. 척수내 종양절제술	I061	6
	392. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	394. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고 정술	395. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	396. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	398. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	399. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	400. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	402. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	403. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	404. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	405. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절제술 및 척 추강내 약물주입 펌프이식술	406. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교 환술	I101	3
	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	408. 주요 절단술	I111	7
	409. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	410. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	411. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴 골)	I122	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	413. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	414. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완 골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	415. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	416. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴 부 수술	417. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	418. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비 골수술	419. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	420. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	421. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	422. 회전근개 수술	I181	1
	423. 관절와순 수술	I182	1
	424. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	425. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	426. 십자인대 수술	I191	1
	427. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	428. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	429. 기타 슬관절 수술	I194	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
주관절 및 전완 부 수술	430. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
측부 및 족관절 수술	431. 측부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	432. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	433. 기타 측부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제 거술	434. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	435. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	436. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이 식 또는 피부이 식	437. 미세혈관 조직이식	I261	3
	438. 기타 피판술	I262	2
	439. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	440. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	441. 주요 연조직 수술	I272	1
	442. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	443. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	444. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	445. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	446. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	447. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	448. 전완부 골절 수술	I286	2
	449. 수부 골절 수술	I287	1
기타 수술	450. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치 환술	451. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	452. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	454. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	455. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	456. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	457. 복잡 척추고정술	I311	4
	458. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	459. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	460. 복잡 관절고정술	I322	2
	461. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	462. 복잡 가관절수술	I324	2
	463. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
	464. 복잡 회전근개 수술	I326	2
복잡 근골격계 염증성 질환 수 술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
경피적 배액술			
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직 이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직 이식	J010	3
피판술, 피부이식 술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식 술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조 직수술	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 림프 수술	J080	1
기타 유방 및 액와 수술	484. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모 소 수술	485. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	486. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	487. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	488. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	489. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	490. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	491. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	492. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	493. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대 사장애 피부이식 및 상처변연절제 술	494. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	495. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	497. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	498. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악 성 종양 수술	499. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
주요 갑상선 악 성 종양 제외 수 술	501. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수 술	503. 기타 갑상선 수술	K080	1
기타내분비,영양 및대사장애수술	504. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	505. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	506. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	507. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기 계 신생물 수술	508. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	509. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	510. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	511. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	512. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	513. 전립선 신생물 수술	L026	4
	514. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수 술	515. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	516. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	517. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	519. 요관 수술	L040	2
방광 수술	520. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	521. 경피적 방광 수술	L052	2
	522. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	523. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	524. 주요 요도 수술	L071	1
	525. 요도경하 요도 수술	L072	1
	526. 기타 요도 수술	L073	1
	527. 복잡 요실금 수술	L074	1
	528. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	529. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	530. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	531. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	532. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	533. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파 쇄석술	534. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자 극기 설치술	536. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	537. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	538. 경요도 요로 질환 수술	L111	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
	539. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비 뇨기 질환의 경 피적 시술	540. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비 뇨기계 시술	541. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	542. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	544. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	545. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	546. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	548. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	549. 주요 전립선 적출술	M021	4
	550. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수 술	551. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	552. 복잡 음경 수술	M041	1
	553. 단순 음경 수술	M042	1
	554. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	555. 포경 수술	M050	1
요도 수술	556. 주요 요도 수술	M061	1
	557. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	558. 복잡 음낭 수술	M071	1
	559. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	560. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	561. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	562. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출 술	563. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	564. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	565. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기 계 시술	566. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	568. 방광요도경 시술	M500	1
자궁수술(악성종 양의경우)	569. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	570. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁 절제술 (악성종양제외)	571. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	572. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순자궁수술(악 성종양제외)	573. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	574. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	575. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	576. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소수술(악성종양 제외)	577. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	578. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기수술(악성종양 제외)	579. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	580. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부수술(악성종양의 경우)	581. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	582. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부수술(악성종양 제외)	583. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	584. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	585. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	586. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	587. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	588. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	589. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰 술	590. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	591. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	592. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	593. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	594. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경 피적 혈관 수술	595. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	596. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	597. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	598. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	600. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	601. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주 요 수술	602. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	603. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기 타 수술	604. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	605. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	606. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관 련장애(수술시행)	607. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및	608. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1

구분	수술 및 시술명	수술시 술코드	수술시 술종류
흡인소파술			
분만 및 유산 관 련 자궁적출술	609. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	610. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	611. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병 (주요수술시행)	612. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신 생물 질환 (주요수술시행)	613. 기타 신 생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외 상 치료목적의 개두술	614. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외 상 치료목적의 근골격계 주요 수술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외 상 치료목적의 복부 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외 상 치료목적의 기타 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미 세혈관 조직이식 및 피부이식	618. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	619. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미 세혈관 조직이식 및 피부이식	620. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	621. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미 세혈관 조직이식 및 피부이식	622. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기 타 수술	623. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	624. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기 타 수술	625. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	626. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수 술	627. 기타 손상의 수술	X060	1
중증화상(피부 이 식 동반)	628. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부 이식 혹은 흡입손 상을 동반)	629. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료
급여법」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 특약은 「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)를 제외하
고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

【예시】
「ADRG」가 “B601”의 경우 첫 번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특약에서 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 침습인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)

수술시술코드	수술 및 시술명
H530	진단적 역행성담체관내시경
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	방사선원삼입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)

수술시술코드	수술 및 시술명
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 보건 의료서비스에 관한 수술

③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DGR” 및 “960 DGR”

– Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】

거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판만성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술시 일치하지 않아 Error DGR가 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 진료비세부 내역서 등에서 확인되는 「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특약에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.5(2023.1.1 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.

【별표98】

림프종 및 백혈병 관련암 II 분류표

① 약관에 규정하는 림프종 및 백혈병 관련암 II으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	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

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표99】 4대특정암 분류표

- ① 약관에 규정하는 4대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
2. 중피종	C45
3. 카포시육종	C46
4. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표100】 12대특정암 분류표

- ① 약관에 규정하는 12대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를

판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 비강, 중이, 부비동, 후두암	
- 비강 및 중이의 악성신생물	C30
- 부비동의 악성신생물	C31
- 후두의 악성신생물	C32
3. 피부의 악성 흑색종	C43
4. 말초신경 및 자율신경계통의 악성신생물	C47
5. 기타 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49
6. 여성생식기관의 악성신생물	
- 외음의 악성신생물	C51
- 질의 악성신생물	C52
- 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
- 난소의 상세불명 부분의 악성신생물	C56
- 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
- 태반의 악성신생물	C58
7. 남성 생식기관의 악성신생물	
- 음경의 악성신생물	C60
- 고환의 악성신생물	C62
- 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
8. 요로의 악성신생물	
- 신우를 제외한 신장의 악성신생물	C64
- 신우의 악성신생물	C65
- 요관의 악성신생물	C66
- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물	C68
9. 눈 및 눈부속기의 악성신생물	C69
10. 부신의 악성신생물 및 기타 내분비선의 악성신생물	C74-C75
11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
12. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표101】 7대특정암 분류표

- ① 약관에 규정하는 7대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 위의 악성신생물	C16
3. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
4. 담낭의 악성신생물	C23
5. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
6. 췌장의 악성신생물	C25
7. 기관의 악성신생물	C33
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉과내기관의 악성신생물	C39

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표102】 특정소화기관암 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정소화기관암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 소장암의 악성신생물	C17
2. 결장암의 악성신생물	C18
3. 직장구불결장접합부의 악성신생물	C19
4. 직장의 악성신생물	C20
5. 항문 및 항문관의 악성신생물	C21
6. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물	C26

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 103】

**암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외)
분류표**

- ① 약관에 규정하는 암(기타피부암, 갑상선암, 7대특정암, 림프종 및 백혈병 관련암 II 제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
유방의 악성신생물	C50
자궁경부의 악성신생물	C53
자궁체부의 악성신생물	C54
전립선의 악성신생물	C61
방광의 악성신생물	C67
소장의 악성신생물	C17
결장의 악성신생물	C18
직장구불결장접합부의 악성신생물	C19
직장의 악성신생물	C20
항문 및 항문과의 악성신생물	C21
기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물	C26
홍선의 악성신생물	C37
심장, 종격 및 흉막의 악성신생물	C38
수막의 악성신생물	C70
뇌의 악성신생물	C71
척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
중피종	C45
카포시육종	C46
후복막 및 복막의 악성신생물	C48
비강, 중이, 부비동, 후두암	
- 비강 및 중이의 악성신생물	C30
- 부비동의 악성신생물	C31
- 후두의 악성신생물	C32
피부의 악성 흑색종	C43
말초신경 및 자율신경계통의 악성신생물	C47
기타 결합조직 및 연조직의 악성신생물	C49
여성생식기관의 악성신생물	
- 외음의 악성신생물	C51
- 질의 악성신생물	C52
- 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
- 난소의 상세불명 부분의 악성신생물	C56
- 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
- 태반의 악성신생물	C58
남성 생식기관의 악성신생물	
- 음경의 악성신생물	C60
- 고환의 악성신생물	C62
- 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성신생물	C63
요로의 악성신생물	
- 신우를 제외한 신장의 악성신생물	C64
- 신우의 악성신생물	C65
- 요관의 악성신생물	C66
- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물	C68
눈 및 눈부속기의 악성신생물	C69
부신의 악성신생물 및 기타 내분비선의 악성신생물	C74-C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급

여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표104】
통합형전이암 분류표

- ① 약관에 규정하는 통합형전이암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

암구분	대상질병	분류번호
림프절 전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
간 및 간내담관 전이암	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
종격·흉막·신경계통 전이암	종격의 이차성 악성 신생물 흉막의 이차성 악성 신생물 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C78.1 C78.2 C79.4
뇌 및 뇌막 전이암	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
폐 관련 전이암	폐의 이차성 악성 신생물 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.0 C78.3
골·골수·복막 전이암	골 및 골수의 이차성 악성 신생물 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C79.5 C78.6
특정소화기관 전이암	소장의 이차성 악성 신생물 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물 기타 및 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.4 C78.5 C78.8
특정전이암 I	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물 피부의 이차성 악성 신생물 난소의 이차성 악성 신생물 부신의 이차성 악성 신생물 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C79.0 C79.2 C79.6 C79.7 C80
특정전이암 II	유방의 이차성 악성 신생물 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물 생식기관의 이차성 악성 신생물 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.80 C79.1 C79.81 C79.88 C79.9

- 주)1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 105】
뇌졸중(뇌출혈제외) 분류표

- ① 약관에 규정하는 뇌졸중(뇌출혈제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 뇌경색증	I63
2. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
3. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 106】
기타뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 기타뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
2. 기타 뇌혈관 질환	I67
3. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
4. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표107】
기타허혈성심장질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 기타허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
2. 만성 허혈성심장병	I25

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표108】
심방세동 및 조동 분류표

- ① 약관에 규정하는 심방세동 및 조동으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
심방세동 및 조동	I48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표109】
갑상선기능저하증 분류표

- ① 약관에 규정하는 갑상선기능저하증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질

병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
2. 의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
3. 감염후 갑상선기능저하증	E03.3
4. 갑상선의 위축(후천성)	E03.4
5. 점액부종혼수	E03.5
6. 기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
7. 상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
8. 자가면역성 갑상선염	E06.3

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표110】 뇌전증 분류표

- ① 약관에 규정하는 뇌전증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 뇌전증	G40
2. 뇌전증 지속상태	G41

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표111】 일과성뇌허혈발작 분류표

- ① 약관에 규정하는 일과성뇌허혈발작으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
6. 상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표112】 대장용종 분류표

- ① 약관에 규정하는 대장용종으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
맹장의 양성 신생물	D12.0
충수의 양성 신생물	D12.1
상행결장의 양성 신생물	D12.2
횡행결장의 양성 신생물	D12.3
하행결장의 양성 신생물	D12.4
구불결장의 양성 신생물	D12.5
상세불명의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성 신생물	D12.8
결장의 폴립	K63.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표113】
특정다빈도8대질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정다빈도8대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
대장용종	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장정합부의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	결장의 폴립	K63.5
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34
피부종양	양성 지방종성 신생물	D17
	피부의 기타 양성 신생물	D23
특정피부질환	피부의 농양, 종기 및 큰종기	L02
	기타 피부염	L30
	손발톱장애	L60
	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84
생식기질환	남성 생식기관의 질환 - 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(N51.0*) 주1) A59.08†(기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증) 중 편모충성 전립선염에 한함 - 불거리환염(N51.1*)	N40~N45, N47~N51 A59.08† ^{주1)}
	여성 골반내 기관의 염증성 질환 - 자궁경부의 결핵감염(A18.17† ^{주2)}) 제외 - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17† ^{주2)}) 제외 주2) A18.17†(여성생식기관의 결핵) 중 자궁경부의 결핵(N74.0*), 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)에 한함 제외	B26.0† N70~N77 N74.0*제외 N74.1*제외

대 상 질 병 명		분 류 번 호
	여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N80~N95 N99
하지정맥류	하지의 정맥류	I83
유방의장애	유방의 비대	N62

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 “비뇨생식계통의 결핵(A18.1)”으로 간주하며, “특정다빈도8대질병”으로 보지 않습니다.
- 가. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”로 동시에 진단받은 경우
- 나. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”로 동시에 진단받은 경우
- 다. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”로 동시에 진단받은 경우
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표114】 급여 림프부종수술 분류표

약관에 규정하는 급여 림프부종수술로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
1. 림프부종수술(절제술)	P2136
2. 림프부종수술(림프관정맥문합술)	P2137
3. 림프부종수술(대망전치술)	P2138

【별표115】 급여 피부재건수술 분류표

약관에 규정하는 급여 피부재건수술로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
1. 식피술-전층피부이식술(안면부)-25cm ² 미만	S0171
2. 식피술-전층피부이식술(안면부)-25cm ² 이상	S0172
3. 식피술-전층피부이식술(수족부)-25cm ² 미만	S0173
4. 식피술-전층피부이식술(수족부)-25cm ² 이상	S0174
5. 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm ² 미만	S0175
6. 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm ² 이상	S0176
7. 부분층피부이식술-기타(900cm ² 이상)	N0170
8. 부분층피부이식술-안면 또는 관절부(25cm ² 미만)	N0173
9. 부분층피부이식술-안면 또는 관절부(25cm ² 이상)	N0174
10. 부분층피부이식술-기타(25cm ² 미만)	N0175
11. 부분층피부이식술-기타(25cm ² 이상~100cm ² 미만)	N0176
12. 부분층피부이식술-기타(100cm ² ~400cm ² 미만)	N0178
13. 부분층피부이식술-기타(400cm ² ~900cm ² 미만)	N0179
14. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25cm ² 미만)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB271
15. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25cm ² 이상)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB272
16. 사체피부이식술(기타, 25cm ² 미만)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB273
17. 사체피부이식술(기타, 25cm ² 이상~100cm ² 미만)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB274
18. 사체피부이식술(기타, 100cm ² 이상~400cm ² 미만)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB275
19. 사체피부이식술(기타, 400cm ² 이상~900cm ² 미만)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB276
20. 사체피부이식술(기타, 900cm ² 이상)-자가피부이식술과 동시 시행한 경우	SB277
21. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25cm ² 미만)	SB171
22. 사체피부이식술(안면 또는 관절부, 25cm ² 이상)	SB172
23. 사체피부이식술(기타, 25cm ² 미만)	SB173
24. 사체피부이식술(기타, 25cm ² 이상~100cm ² 미만)	SB174
25. 사체피부이식술(기타, 100cm ² 이상~400cm ² 미만)	SB175
26. 사체피부이식술(기타, 400cm ² 이상~900cm ² 미만)	SB176
27. 사체피부이식술(기타, 900cm ² 이상)	SB177
28. 반흔구축성형술(운동제한이있는것)	N0241
29. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-전층,25cm ² 미만	N0242
30. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-전층,25cm ² 이상	N0243
31. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,안면또는관절부,25cm ² 미만	N0244
32. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,안면또는관절부,25cm ² 이상	N0245
33. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,기타,25cm ² 미만	N0246
34. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,기타,25cm ² 이상~100cm ² 미만	N0247
35. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,기타,100cm ² ~400cm ² 미만	NA241
36. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,기타,400cm ² ~900cm ² 미만	NA242
37. 반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층,기타,900cm ² 이상	NA243
38. 반흔구축성형술및국소피판술[운동제한이있는것]	NA249
39. 피판작성술-피부-국소(안면부)	SB161
40. 피판작성술-피부-원거리-수부이외[서혜부,복부,둔부,교차상지,교차하지등](안면부)	SB162
41. 피판작성술-피부-원거리-수부내[교차수지피판,무지구피판등](안면부)	SB163
42. 피판작성술-도서형(안면부)	SB164
43. 피판작성술-근(안면부)	SB165
44. 피판작성술(근-피부)(안면부)	SB166
45. 피판작성술-근막(안면부)	SB167

대상이 되는 의료행위	수가코드
46. 피판작성술(근막-피부)(안면부)	
47. 피판작성술-피부-국소(기타)	
48. 피판작성술-피부-원거리-수부이외[서혜부,복부,둔부,교차상지,교차하지등](기타)	S0166
49. 피판작성술-피부-원거리-수부내[교차수지피판,무지구피판등](기타)	S0167
50. 피판작성술-도서형(기타)	S0168
51. 피판작성술-근(기타)	SA161
52. 피판작성술(근-피부)(기타)	SA162
53. 피판작성술-근막(기타)	SA163
54. 피판작성술(근막-피부)(기타)	
55. 피판작성술-유리피판술[피부또는근육](기타)	SA164
56. 피판작성술-유리감각피판술[근육-신경](기타)	
57. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리건-피부피판술[피부-건-신경 또는 피부-건])(기타)	SA165
58. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(기타)	SC161
59. 피판작성술-유리대망이식술,유리공장이식술(기타)	SC162
60. 피판작성술-유리피판술[피부또는근육](안면부)	SC163
61. 피판작성술-유리감각피판술[근육-신경](안면부)	SC164
62. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리건-피부피판술[피부-건-신경 또는 피부-건])(안면부)	SC165
63. 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(안면부)	
64. 피판작성술-유리대망이식술,유리공장이식술(안면부)	

【별표116】
항암방사선치료후4대경증합병증 분류표

- ① 약관에 규정하는 항암방사선치료후4대경증합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 방사선피부염	L58
2. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59
3. 처치후 갑상선기능저하증	E89.0
4. 처치후 뇌하수체기능저하증	E89.3
5. 기타 명시된 다발신경병증	G62.8

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표117】
항암방사선치료후5대중증합병증 분류표

- ① 약관에 규정하는 항암방사선치료후5대중증합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
1. 폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	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
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	수두폐렴	B01.2
	폐톡소포자충증	B58.3
	폐포자충증	B48.5
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	방사선에 의한 급성 폐증상	J70.0
	방사선에 의한 만성 및 기타 폐증상	J70.1
2. 뇌부종	뇌부종	G93.6
	방사선조사후 뇌병증	G93.81
3. 골괴사	골괴사	M87
	달리 분류된 기타 질환에서의 골괴사	M90.5
	턱의 염증성 병태	K10.2
4. 방사선장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	방사선직장염	K62.0
5. 방사선방광염	방사선방광염	N30.4

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표118】
항암방사선약물치료후 2대질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 항암방사선약물치료후 2대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정

한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
심장질환	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
폐색전증	폐색전증	I26

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표119】 항암방사선약물치료후 3대질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 항암방사선약물치료후 3대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
호중구감소증	무과립구증	D70
혈소판감소증	특발성 혈소판감소성 자반	D69.3
	기타 원발성 혈소판감소증	D69.4
	이차성 혈소판감소증	D69.5
	상세불명의 혈소판감소증	D69.6
신경병증	약물유발 다발신경병증	G62.0
	기타 명시된 다발신경병증	G62.8

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가

변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표120】 치매 분류표

- ① 약관에 규정하는 치매로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
알츠하이머병에서의 치매	F00
혈관성 치매	F01
달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
상세불명의 치매	F03
치매에 병발된 섬망	F05.1
알츠하이머병	G30

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단확정 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표121】 급여 수혈 의료행위 분류표

- ① 약관에 규정하는 ‘급여 수혈의료행위’로 분류되는 진료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2022-193호, 제2022-193호, 2022.9.1.시행) 중 다음에 해당하는 진료행위를 말하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련 법령이 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 해당 진료행위 여부를 판단합니다.

진료행위명칭	수가코드
전혈 320ml	X1001
전혈 400ml	X1002
신선액상혈장, 전혈 320ml기준	X2011
신선액상혈장, 전혈 400ml기준	X2012
농축적혈구, 전혈 320ml기준	X2021
농축적혈구, 전혈 400ml기준	X2022

진료행위명칭	수가코드
세척적혈구, 전혈 320ml기준	X2031
세척적혈구, 전혈 400ml기준	X2032
동결해동적혈구, 전혈 320ml기준	X2131
동결해동적혈구, 전혈 400ml기준	X2132
신선동결혈장, 전혈 320ml기준	X2041
신선동결혈장, 전혈 400ml기준	X2042
동결혈장, 전혈 320ml기준	X2051
동결혈장, 전혈 400ml기준	X2052
동결침전제제, 전혈 320ml기준	X2061
동결침전제제, 전혈 400ml기준	X2062
동결침전물제거혈장, 전혈 320ml기준	X2141
동결침전물제거혈장, 전혈 400ml기준	X2142
혈소판풍부혈장, 전혈 320ml기준	X2071
혈소판풍부혈장, 전혈 400ml기준	X2072
농축혈소판, 전혈 320ml기준	X2081
농축혈소판, 전혈 400ml기준	X2082
백혈구제거적혈구, 전혈 320ml기준	X2091
백혈구제거적혈구, 전혈 400ml기준	X2092
농축백혈구, 전혈 320ml기준	X2101
농축백혈구, 전혈 400ml기준	X2102
백혈구여과제거적혈구, 전혈 320ml기준	X2111
백혈구여과제거적혈구, 전혈 400ml기준	X2112
백혈구여과제거혈소판, 전혈 320ml기준	X2121
백혈구여과제거혈소판, 전혈 400ml기준	X2122
성분채집 적혈구(190ml)	X2515
성분채집 혈소판(250ml)	X2501
성분채집 백혈구(250ml)	X2502
성분채집 혈장(500ml)	X2504
세척혈소판(250ml)	X2516

진료행위명칭	수가코드
백혈구여과제거 성분채집 혈소판(250ml)	X2511
복합성분채집 적혈구(190ml)	X2512
복합성분채집 혈소판(250ml)	X2513
복합성분채집 혈장(300ml)	X2514

- ② 약관에서 정한 진료행위에 해당되는지에 대한 판단은 보험금 지급사유 발생 당시의 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련 법령을 기준으로 하며, 이후 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련 법령 개정으로 진료행위분류가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다. 다만, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등의 관련법령 개정으로 해당 진료행위가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

【별표122】 기타 관계 법규

[민법 제27조(실종의 선고)]

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

[민법 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

[의료법 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 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건 활동과 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(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
 - ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 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.

[의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)]

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸

- 업하고 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.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급 의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 합니다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니합니다.

【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 말합니다.

1. <별표1>의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【<별표1> 응급증상 및 이에 준하는 증상 (제2조제1호관련)】

1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성 복증(급성 복막염·장폐색증·급성 체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부 신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 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 말합니다)
- 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

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)]

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.
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”등이라 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 말

한다.

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)]

- ① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

[전자서명법 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
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 정부에서의 수시 지정하는 날

[산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장해의 측정)]

- ① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association) 식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판단한다. 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, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[형법 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 이상의 유기징역에 처한다.

[형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)]

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제10조(피해환급금의 결정·지급)]

- ① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.
- ② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.
- ③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.
- ④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제5조(채권소멸절차의 개시 공고)]

- ① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 “채권소멸절차”라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하며, 제3조제2항에 따른 지급정지 요청에 따라 지급정지 조치를 행한 경우에는 같은 조 제3항에 따른 통지가 있는 때에 공고를 요청하여야 한다.
 1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
 2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
 3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
 4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우
 5. 지급정지된 후에 제4조의2제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등이 제기되어 법원에 계속 중인 경우
 6. 제4조에 따라 지급정지가 이루어진 사기이용계좌의 잔액이 3만원 이하의 금

액으로서 대통령령으로 정하는 금액 이하인 경우. 다만, 피해자가 지급정지의 통지를 받은 날부터 30일 이내에 금융회사에 채권소멸절차의 개시를 요청한 경우에는 그러하지 아니하다.

- ② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다. <개정 2014.1.28.>
1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
 2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
 3. 명의인의 성명 또는 명칭
 4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
 5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
 6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
 7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차
 8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

[전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제3조(피해구제의 신청)]

- ① 제2조제2호가목 또는 나목에 해당하는 행위로 인하여 재산상의 피해를 입은 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.
- ② 수사기관은 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 제2조제2호다목 또는 라목에 해당하는 행위와 관련된 사기이용계좌의 지급정지를 요청할 수 있다.
- ③ 수사기관은 제2항에 따른 지급정지를 요청하는 경우 요청한 날부터 대통령령으로 정하는 기한 이내에 피해자 및 피해금을 특정하여 해당 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 통지하여야 한다.
- ④ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.
- ⑤ 제1항에 따른 피해구제의 신청, 제2항부터 제4항까지에 따른 지급정지의 요청 및 피해자·피해금의 통지에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제13조(설명 의무)]

- ① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 위험보장 기간
 2. 계약의 해지·해제
 3. 보험료의 감액 청구
 4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

- ② 법 제19조제1항제1호나목3)에서 “대통령령으로 정하는 투자성 상품”이란 다음 각 호의 금융상품을 제외한 투자성 상품을 말한다.
1. 연계투자
 2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제103조제1항제2호부터 제7호까지의 규정에 따른 신탁계약
- ③ 법 제19조제1항제1호나목3)에 따라 금융상품직접판매업자가 위험등급을 정하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 고려해야 한다.
1. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 기초자산(이하 “기초자산”이라 한다)의 변동성
 2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 신용등급
 3. 금융상품 구조의 복잡성
 4. 최대 원금손실 가능금액
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ④ 법 제19조제1항제1호나목4)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항(연계투자는 제4호만 해당한다)을 말한다.
1. 금융소비자가 부담해야 하는 수수료
 2. 계약의 해지·해제
 3. 증권의 환매(還買) 및 매매
 4. 「온라인투자연계금융업 및 이용자 보호에 관한 법률」 제22조제1항 각 호의 정보
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑤ 법 제19조제1항제1호다목2)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 이자율(만기 후 적용되는 이자율을 포함한다) 및 산출근거
 2. 수익률 및 산출근거
 3. 계약의 해지·해제
 4. 이자·수익의 지급시기 및 지급제한 사유
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑥ 법 제19조제1항제1호라목5)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 계약의 해지·해제
 2. 신용에 미치는 영향
 3. 원리금 납부 연체에 따른 연체 이자율 및 그 밖의 불이익
 4. 계약기간 및 그 연장에 관한 사항
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
 2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지
- ⑧ 법 제19조제1항제4호에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 민원처리 및 분쟁조정 절차
 2. 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)
 3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑨ 법 제19조제2항 본문에서 “대통령령으로 정하는 방법”이란 제11조제2항에 따른 방법을 말한다.
- ⑩ 법 제19조제3항에서 “대통령령으로 정하는 사항” 및 “대통령령으로 정하는 중요한 사항”이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다.

[금융소비자 보호에 관한 감독규정 제12조(설명의무)]

- ① 영 제13조제1항제5호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 별표 3 제1호 각 목의 사항을 말한다.
- ② 금융상품직접판매업자가 영 제13조제3항에 따라 위험등급을 정하는 경우에 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.
 1. 객관적 자료에 근거하여 평가할 것
 2. 위험등급은 원금 손실 위험(원금 손실발생 가능성 및 손실규모 등을 종합적으로 평가한 결과를 말한다. 이하 이 조에서 같다)에 비례하여 구분할 것
 3. 위험등급이 금융상품의 발행인이 정한 위험등급과 다른 경우에는 해당 발행인과 위험등급의 적정성에 대해 협의할 것(금융상품직접판매업자가 해당 금융상품의 발행인이 아닌 경우로 한정한다)
- ③ 영 제13조제3항제5호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 금융소비자의 환매(還買)나 매매가 용이한지에 관한 사항
 2. 환율의 변동성(외국화폐로 투자하는 경우에 한정한다)
 3. 그 밖에 원금 손실 위험에 중요한 영향을 미칠 수 있는 사항
- ④ 영 제13조제4항제5호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 별표 3 제2호 각 목의 구분에 따른 사항을 말한다.
- ⑤ 영 제13조제6항제5호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 이자율의 산출기준
 2. 신용카드에 관한 다음 각 목의 사항
 - 가. 신용카드로 결제한 금액 중 일정 비율만 지불하고 나머지 금액은 이후에 지불하는 서비스의 위험성 및 관련 예시
 - 나. 연회비 등 신용카드의 거래조건 및 연회비 반환에 관한 사항(반환사유, 반환 금액 산정방식, 반환금액의 반환기한을 포함한다)
- ⑥ 영 제13조제8항제3호에서 “금융위원회가 정하여 고시하는 사항”이란 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)을 받을 수 있는 조건을 말한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)]

- ① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

- 1) 보장성 상품의 내용
- 2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
- 3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
- 4) 위험보장의 범위
- 5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

- 1) 투자성 상품의 내용
- 2) 투자에 따른 위험
- 3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
- 4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

- 1) 예금성 상품의 내용
- 2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

- 1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
- 2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
- 3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
- 4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
- 5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 “연계·제휴서비스등”이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계·제휴서비스등의 내용

나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항

4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

- ② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.
- ③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정

적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

- ④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호]

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 금융상품판매업자 등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

[금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)]

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 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

[금융소비자 보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)]

- ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느

하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 “금전·재화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일] 부터 14일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

- ② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
 - 1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회 의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면등”이라 한다)을 발송한 때
 - 2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면 등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
 - 가. 이미 공급받은 금전·재화등
 - 나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
 - 다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용
- ③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
 - 1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
 - 2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
 - 3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
- ④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.
- ⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
- ⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 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.

[개인정보 보호법에 관한 법률 제15조(개인정보의 수집·이용)]

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

[개인정보 보호법에 관한 법률 제17조(개인정보의 제공)]

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개

인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

[개인정보 보호법에 관한 법률 제22조(동의를 받는 방법)]

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의 2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
 1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
 5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
 8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 삭제

- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 삭제
- ⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

[개인정보 보호법에 관한 법률 제23조(민감정보의 처리 제한)]

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함된으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

[개인정보 보호법에 관한 법률 제24조(고유식별정보의 처리 제한)]

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.
 - 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제 <2013. 8. 6.>
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)]

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사

- 용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 - 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
 - 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 가. 양 목적 간의 관련성
 - 나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
 - 다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
 - 라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
 10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
 11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.
 - ⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
 - ⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.
 - ⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
 - ⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적

동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)]

- ① 삭제
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공하는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.
- ④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.
- ⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.
 1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
 - 가. 신용정보제공·이용자
 - 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 - 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수
- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 1. 개인신용정보를 제공하는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공받는 개인신용정보의 항목

4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.
- ⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.
 1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.
- ⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.
 1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다

음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우

나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

7. 삭제

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우

2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제2항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호체계를 말한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제35조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회)]

① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

② 신용정보회사등은 제1항에 따라 조회를 한 신용정보주체의 요청이 있는 경우 개인신용정보를 이용하거나 제공하는 때에 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보주체에게 통지하여야 한다.

③ 신용정보회사등은 신용정보주체에게 제2항에 따른 통지를 요청할 수 있음을 알

려주어야 한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)]

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다.
- ② 신용정보주체는 제1항에 따라 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 제1항에 따른 고지를 받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 확인절차 등에 관하여는 제38조를 준용한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)]

- ① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제33조제1항제1호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다.
- ② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보제공·이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.
- ③ 신용정보제공·이용자는 서면, 전자문서 또는 구두에 의한 방법으로 제1항 및 제2항에 따른 권리의 내용, 행사방법 등을 거래 상대방인 개인에게 고지하고, 거래 상대방이 제1항 및 제2항의 요구를 하면 즉시 이에 따라야 한다. 이 때 구두에 의한 방법으로 이를 고지한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따른 추가적인 사후 고지절차를 거쳐야 한다.
- ④ 신용정보제공·이용자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 의무를 이행하기 위한 절차를 갖추어야 한다.
- ⑤ 신용정보제공·이용자는 제2항에 따른 청구에 따라 발생하는 전화요금 등 금전적 비용을 개인인 신용정보주체가 부담하지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조치를 하여야 한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)]

- ① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다.

- ② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다.
- ③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다.
- ④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 “보호위원회”라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다.
- ⑥ 금융위원회 또는 보호위원회는 제5항에 따른 시정을 요청받으면 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」 제24조에 따라 설립된 금융감독원의 원장(이하 “금융감독원장”이라 한다) 또는 보호위원회가 지정한 자로 하여금 그 사실 여부를 조사하게 하고, 조사결과에 따라 신용정보회사등에 대하여 시정을 명하거나 그 밖에 필요한 조치를 할 수 있다. 다만, 필요한 경우 보호위원회는 해당 업무를 직접 수행할 수 있다.
- ⑦ 제6항에 따라 조사를 하는 자는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다.
- ⑧ 신용정보회사등이 제6항에 따른 금융위원회 또는 보호위원회의 시정명령에 따라 시정조치를 한 경우에는 그 결과를 금융위원회 또는 보호위원회에 보고하여야 한다.

[신용정보의이용및보호에관한법률 제39조(무료 열람권)]

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다.

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

[제3조(여객자동차운송사업의 종류)]

법 제3조 제2항에 따라 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업
 - 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시 또는 시의 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 직행

- 좌석형·좌석형 및 일반형등으로 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 가목부터다목까지의 사업에 속하지 않는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
2. 구역 여객자동차운송사업
- 가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원(산업단지 관리기관의 경우에는 해당 산업단지 입주기업체의 소속원을 말한다)만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.
- 1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인
 - 2) 회사·학교 또는 「영유아보육법」에 따른 어린이집
 - 3) 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」에 따른 산업단지 중 국토교통부장관이 정하여 고시하는 산업단지의관리기관
- 나. 특수여객자동차운송사업 : 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체를 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 따라경형·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 고급형등으로 구분한다.

[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)]

「자동차관리법」 (이하 “법”이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[자동차관리법 시행규칙 별표1(자동차의 종류)]

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경 형	소 형	중 형	대 형
승용 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6 미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 미만인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0 미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 이상 2,000cc미만 이거나 길이·너비· 높이중 어느 하나 라도 소형을 초과 하는 것	배기량이 2,000cc 이상이거나, 길이· 너비·높이 모두 소 형을 초과 하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6 미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인 이하인 것으로서 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0 미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이 거나, 길이·너비·높 이중 어느하나라도 소형을 초과하여 길이가 9미터 미만 인 것	승차정원이 36인이 상이거나, 길이·너 비·높이 모두가 소 형을 초과하여 길 이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6 미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하인 것으로서, 총중량이 3.5톤 이 하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5 톤 초과 10톤 미 만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량 이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미 터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이 하인 것	총중량이 3.5톤 초 과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이 상인 것
이륜 자동차	배기량이 50cc미 만(최고정격출력 4 킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하 (최고정격출 력 11킬로와트 이 하)인 것으로 최대 적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬 로그램 이하인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하 (최고정격출력 11 킬로와트 초과 15 킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량 이 60킬로그램 초 과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15 킬로와트)를 초과하 는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세 부 기 준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구 비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용 겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽

		게 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
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 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 격벽을 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. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.

- 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
- 2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

특약 색인 (가나다순)

[세만기형 - 간편고지형]

☞ 3대질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	469
☞ 5대장기이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	679
☞ 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	488
☞ 6대희귀난치성질환진단비(355고지) 특별약관	256
☞ CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	648
☞ 가족일상생활배상책임 II (대인공제없음,대물공제(누수50만원,누수외20만원))(갱신형) 특별약관	718
☞ 각막이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	677
☞ 간경변증진단비(355고지) 특별약관	246
☞ 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	151
☞ 간병인사용 일반상해입원비 II (1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	157
☞ 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	576
☞ 간병인사용 질병입원비 II (1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	583
☞ 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비(355고지) 특별약관	207
☞ 간질환수술비(355고지) 특별약관	475
☞ 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	167
☞ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	594
☞ 갑상선기능저하증진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관	271
☞ 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)(355고지) 특별약관	281
☞ 갑상선암(초기제외)진단비(355고지) 특별약관	185
☞ 갑상선암수술후호르몬약물치료비(355고지)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	553
☞ 강력범죄피해보상금 특별약관	149
☞ 경증이상치매진단비(355고지) 특별약관	642
☞ 계속받는표적항암약물허가치료비(355고지)(갱신형) 특별약관	540
☞ 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	442
☞ 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관	562
☞ 고액치료비암진단비(355고지) 특별약관	190
☞ 골절김스치료비(치아파절제외) 특별약관	140
☞ 골절부목치료비(치아파절제외) 특별약관	141
☞ 골절수술비(355고지) 특별약관	126
☞ 골절진단비(치아파절제외)(355고지) 특별약관	124
☞ 골절진단비(치아파절포함)(355고지) 특별약관	125
☞ 골절특정재활치료비(급여,1일1회,연간10회한)(355고지) 특별약관	129
☞ 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	494
☞ 급성심근경색중수술비 II (355고지) 특별약관	462
☞ 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	353
☞ 급성심근경색증진단비(355고지) 특별약관	236
☞ 급성심근경색증진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	638
☞ 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	363

☞ 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	362
☞ 급성심근경색증통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	357
☞ 급성심근경색증통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	355
☞ 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	360
☞ 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	358
☞ 기관절개수술비(급여) 특별약관	667
☞ 김스치료비 특별약관	674
☞ 남성생식기관련(전립선, 음경, 고환)암진단비(355고지) 특별약관	195
☞ 뇌전증진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관	272
☞ 뇌정위적방사선술보장(급여, 연간1회한)(355고지) 특별약관	490
☞ 뇌졸중수술비 II (355고지) 특별약관	456
☞ 뇌졸중진단비(355고지) 특별약관	228
☞ 뇌졸중진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	634
☞ 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	341
☞ 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	339
☞ 뇌졸중통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	334
☞ 뇌졸중통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	333
☞ 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	338
☞ 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	336
☞ 뇌출혈수술비 II (355고지) 특별약관	458
☞ 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	331
☞ 뇌출혈진단비(355고지) 특별약관	230
☞ 뇌출혈진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	635
☞ 뇌혈관질환·심장관련질환·인공관절수술비(355고지) 특별약관	665
☞ 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비 II (25%체증형)(355고지) 특별약관	466
☞ 뇌혈관질환수술비 II (355고지) 특별약관	454
☞ 뇌혈관질환진단비(355고지) 특별약관	225
☞ 뇌혈관질환진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	637
☞ 뇌혈관질환진단비(체증형)(355고지) 특별약관	227
☞ 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	351
☞ 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	350
☞ 뇌혈관질환통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	344
☞ 뇌혈관질환통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	343
☞ 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	348
☞ 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	346
☞ 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	567
☞ 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	565
☞ 대상포진눈병진단비(355고지) 특별약관	260
☞ 대상포진진단비(355고지) 특별약관	258
☞ 림프종 및 백혈병 관련암 진단비(355고지) 특별약관	215
☞ 말기간경화진단비(355고지) 특별약관	251
☞ 말기신부전증진단비 특별약관	253
☞ 말기폐질환진단비(355고지) 특별약관	254
☞ 민사소송법률비용 특별약관	710
☞ 보복운전피해보상금(운전) 특별약관	706

☞ 보이스피싱손해보상금 특별약관	704
☞ 보험료납입면제지원금(3대진단)(355고지) 특별약관	689
☞ 보험료납입면제지원금(5대진단)(355고지) 특별약관	693
☞ 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형)(355고지) 특별약관	616
☞ 보험료납입면제지원금(8대진단)(355고지) 특별약관	698
☞ 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용)(355고지) 특별약관	612
☞ 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용)(355고지) 특별약관	623
☞ 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용)(355고지) 특별약관	620
☞ 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비(355고지) 특별약관	200
☞ 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	681
☞ 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(355고지)(갱신형및 비갱신형) 특별약관	683
☞ 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관 ·	597
☞ 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	602
☞ 산정특례(중복암및재등락암)치료비(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	605
☞ 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	143
☞ 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 보장	685
☞ 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(355고지)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	145
☞ 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	102
☞ 상급종합병원암직접치료통원비(355고지) 특별약관	306
☞ 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	291
☞ 상해흉터복원수술비(355고지) 특별약관	122
☞ 소장암·대장암 및 항문암 진단비(355고지) 특별약관	205
☞ 수혈치료비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	675
☞ 시니어골절수술비(355고지) 특별약관	137
☞ 시니어골절진단비(355고지) 특별약관	136
☞ 시니어다발암진단비(355고지) 특별약관	192
☞ 新112대특정질병수술비(355고지) 특별약관	406
☞ 新112대특정질병수술비Ⅱ(355고지) 특별약관	411
☞ 심뇌혈관질환수술비Ⅱ(355고지) 특별약관	464
☞ 심방세동및조동진단비(355고지) 특별약관	269
☞ 심장부정맥고주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	492
☞ 심장암 및 뇌암 진단비(355고지) 특별약관	210
☞ 심장질환(특정Ⅰ)진단비(355고지) 특별약관	240
☞ 심장질환(특정Ⅱ)진단비(355고지) 특별약관	241
☞ 심장질환(특정Ⅲ)진단비(355고지) 특별약관	243
☞ 심장질환(특정Ⅳ)진단비(355고지) 특별약관	244
☞ 십자인대·반월판연골·아킬레스건수술비(각 연간1회한, 급여) 특별약관	662
☞ 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관	142
☞ 안과질환수술비(355고지) 특별약관	477
☞ 암수술비(유사암제외)(25%체증형)(355고지) 특별약관	419
☞ 암수술비(유사암제외)(355고지) 특별약관	416
☞ 암수술비(유사암제외,1회한)(355고지) 특별약관	428
☞ 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	432
☞ 암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	434
☞ 암주요치료비(특정유사암제외,감액없음) (진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관	498
☞ 암중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	303
☞ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	296
☞ 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	327

☞ 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	324
☞ 암직접치료통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	313
☞ 암직접치료통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	309
☞ 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	320
☞ 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	317
☞ 암진단비(유사암및특정소액암제외)(355고지) 특별약관	180
☞ 암진단비(유사암및특정소액암제외, 면책없음, 감액없음)(355고지) 특별약관	630
☞ 암진단비(유사암제외)(355고지) 특별약관	175
☞ 암진단비(유사암제외)(체증형)(355고지) 특별약관	178
☞ 암진단비(유사암제외, 면책없음, 감액없음)(355고지) 특별약관	628
☞ 여성특정(유방, 자궁, 난소, 외음, 질, 대반)암진단비 특별약관	197
☞ 요로결석진단비(355고지) 특별약관	263
☞ 요실금수술비(급여, 연간1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	524
☞ 요양병원암입원비(1일이상90일한도)(355고지) 특별약관	300
☞ 육창중등증이상진단비(3,4단계)(355고지) 특별약관	268
☞ 육창진단비(355고지) 특별약관	266
☞ 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한)(355고지) 특별약관	265
☞ 위암 및 식도암 진단비(355고지) 특별약관	202
☞ 유사암수술비(25%체증형)(355고지) 특별약관	425
☞ 유사암수술비(355고지) 특별약관	423
☞ 유사암진단비(355고지) 특별약관	183
☞ 유사암진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	632
☞ 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금 특별약관	89
☞ 응급실내원진료비(응급) 특별약관	673
☞ 의료사고법률비용 특별약관	708
☞ 이비인후과질환수술비(355고지) 특별약관	482
☞ 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한)(355고지) 특별약관	274
☞ 일반상해1~5중수술비(355고지) 특별약관	108
☞ 일반상해1~8중수술비(시술포함)(급여, 연간1회한)(355고지) 특별약관	110
☞ 일반상해20%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관	94
☞ 일반상해3%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관	93
☞ 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관	96
☞ 일반상해사망보험금 특별약관	88
☞ 일반상해수술비(355고지) 특별약관	105
☞ 일반상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	97
☞ 일반상해입원비(1일이상20일한도)(355고지) 특별약관	98
☞ 일반상해입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	115
☞ 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	104
☞ 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관	147
☞ 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급)(355고지) 특별약관	660
☞ 장기요양진단비(1,2,3,4등급)(355고지) 특별약관	658
☞ 장기요양진단비(1,2,3등급)(355고지) 특별약관	656
☞ 장기요양진단비(1,2등급)(355고지) 특별약관	654
☞ 장기요양진단비(1등급)(355고지) 특별약관	652
☞ 조혈모세포이식수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	496
☞ 종합병원상해입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	99
☞ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음) (진단후5년, 연간1회한)(355고지) 특별약관	508
☞ 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음) (진단후5년, 연간1회한)(355고지) 특별약관	

.....	516
☞ 종합병원질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	288
☞ 중대한상해수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	119
☞ 중등도이상 만성신부전증진단비 특별약관	247
☞ 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비(355고지) 특별약관	249
☞ 중등도이상 폐렴진단비(355고지) 특별약관	250
☞ 중증갑상선암진단비(355고지) 특별약관	187
☞ 중증치매진단비(355고지) 특별약관	646
☞ 질병1~5종수술비Ⅲ(355고지) 특별약관	395
☞ 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한)(355고지) 특별약관	397
☞ 질병3%이상후유장해보험금(355고지) 특별약관	171
☞ 질병50%이상후유장해보험금 특별약관	172
☞ 질병80%이상후유장해보험금 특별약관	174
☞ 질병사망보험금 특별약관	170
☞ 질병수술비(355고지) 특별약관	377
☞ 질병수술비(백내장및대장용종제외)(355고지) 특별약관	382
☞ 질병수술비(백내장제외)(355고지) 특별약관	379
☞ 질병수술비(상급종합병원)(355고지) 특별약관	391
☞ 질병수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	388
☞ 질병수술비(특정다빈도8대질병제외)(355고지) 특별약관	385
☞ 질병입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	284
☞ 질병입원비(1일이상20일한도)(355고지) 특별약관	286
☞ 질병입원치료수술비(종합병원)(355고지) 특별약관	402
☞ 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(355고지) 특별약관	294
☞ 창상봉합술치료비(급여,1일1회한,연간3회한)(355고지) 특별약관	669
☞ 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여,1일1회한,연간3회한)(355고지) 특별약관	671
☞ 척추상해수술비(관혈/비관혈)(355고지) 특별약관	134
☞ 척추질병수술비(관혈/비관혈)(355고지) 특별약관	485
☞ 충수염(맹장)수술비(최초1회한)(355고지) 특별약관	474
☞ 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(355고지)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	556
☞ 통풍진단비(355고지) 특별약관	257
☞ 통합형뇌관련진단비(355고지) 특별약관	231
☞ 통합형심장관련진단비(355고지) 특별약관	238
☞ 통합형암진단비(유사암제외)(355고지) 특별약관	218
☞ 통합형전이암진단비(355고지) 특별약관	222
☞ 특정류마티스관절염진단비(355고지) 특별약관	261
☞ 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한)(355고지) 특별약관	503
☞ 특정전염병Ⅱ입원비(1일이상30일한도)(355고지) 특별약관	375
☞ 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관	537
☞ 표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	530
☞ 항암방사선약물치료후5대질병진단비(355고지) 특별약관	450
☞ 항암방사선치료비(355고지) 특별약관	437
☞ 항암방사선치료후9대합병증진단비(355고지) 특별약관	446
☞ 항암약물치료비(355고지) 특별약관	440
☞ 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(355고지)(갱신형) 특별약관	527

☞ 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한) (355고지)(갱신형) 특별약관	547
☞ 허혈성심장질환수술비Ⅱ(355고지) 특별약관	460
☞ 허혈성심장질환진단비(355고지) 특별약관	233
☞ 허혈성심장질환진단비(감액없음)(355고지) 특별약관	639
☞ 허혈성심장질환진단비(체증형)(355고지) 특별약관	235
☞ 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	373
☞ 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	371
☞ 허혈성심장질환통원비(연간10회한)(355고지) 특별약관	366
☞ 허혈성심장질환통원비(연간30회한)(355고지) 특별약관	365
☞ 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한)(355고지) 특별약관	370
☞ 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한)(355고지) 특별약관	368
☞ 혈전용해치료비(연간1회한)(355고지) 특별약관	278
☞ 혈전용해치료비(최초1회한)(355고지) 특별약관	275
☞ 호흡기암진단비(355고지) 특별약관	212
☞ 호흡기질환수술비(355고지) 특별약관	481
☞ 화상수술비(355고지) 특별약관	132
☞ 화상진단비(355고지) 특별약관	131

[세만기형 - 일반고지형]

☞ 3대질병입원치료수술비(종합병원) 특별약관	1135
☞ 5대장기이식수술비(최초1회한) 특별약관	1352
☞ 6대기관양성종양(폴립포함)수술비(급여,연간1회한) 특별약관	1154
☞ 6대희귀난치성질환진단비 특별약관	922
☞ CT,MRI검사지원비(치매,급여,연간1회한) 특별약관	1321
☞ 가족일상생활배상책임 II (대인공제없음,대물공제(누수50만원,누수외20만원))(갱신형) 특별약관	1391
☞ 각막이식수술비(최초1회한) 특별약관	1350
☞ 간경변증진단비 특별약관	912
☞ 간병인사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	817
☞ 간병인사용 일반상해입원비 II(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	823
☞ 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1242
☞ 간병인사용 질병입원비 II(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1249
☞ 간암·담낭암·기타담도암 및 췌장암 진단비 특별약관	873
☞ 간질환수술비 특별약관	1141
☞ 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	833
☞ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일이상180일한도)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1260
☞ 갑상선기능저하증진단비(최초1회한) 특별약관	937
☞ 갑상선기능항진증치료비(최초1회한) 특별약관	947
☞ 갑상선바늘생검조직병리진단비(연간1회한) 특별약관	1306
☞ 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관	851
☞ 갑상선암수술후호르몬약물치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1219
☞ 강력범죄피해보상금 특별약관	815
☞ 경증이상치매진단비 특별약관	1315
☞ 계속받는표적항암약물허가치료비(갱신형) 특별약관	1206
☞ 계속받는항암방사선약물치료비(급여,연간1회한) 특별약관	1109
☞ 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(자궁근종)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1228
☞ 고액치료비암진단비 특별약관	856
☞ 골절김스치료비(치아파절제외) 특별약관	806
☞ 골절부목치료비(치아파절제외) 특별약관	807
☞ 골절수술비 특별약관	792
☞ 골절진단비(치아파절제외) 특별약관	790
☞ 골절진단비(치아파절포함) 특별약관	791
☞ 골절특정재활치료비(급여,1일1회,연간10회한) 특별약관	795
☞ 관상동맥성형술보장(급여,연간1회한) 특별약관	1160
☞ 급성당뇨합병증치료비(최초1회한) 특별약관	1310
☞ 급성심근경색증수술비 II 특별약관	1128
☞ 급성심근경색증직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관	1019
☞ 급성심근경색증진단비 특별약관	902
☞ 급성심근경색증진단비(감액없음) 특별약관	1303
☞ 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1029
☞ 급성심근경색증통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1028
☞ 급성심근경색증통원비(연간10회한) 특별약관	1023
☞ 급성심근경색증통원비(연간30회한) 특별약관	1021
☞ 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1026

☞ 급성심근경색증통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1024
☞ 기관절개수술비(급여) 특별약관	1340
☞ 김스치료비 특별약관	1347
☞ 남성생식기관련(전립선,음경,고환)암진단비 특별약관	861
☞ 뇌전증진단비(최초1회한) 특별약관	938
☞ 뇌정위적방사선술보장(급여,연간1회한) 특별약관	1156
☞ 뇌졸중수술비 II 특별약관	1122
☞ 뇌졸중진단비 특별약관	894
☞ 뇌졸중진단비(감액없음) 특별약관	1299
☞ 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1007
☞ 뇌졸중통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1005
☞ 뇌졸중통원비(연간10회한) 특별약관	1000
☞ 뇌졸중통원비(연간30회한) 특별약관	999
☞ 뇌졸중통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1004
☞ 뇌졸중통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1002
☞ 뇌출혈수술비 II 특별약관	1124
☞ 뇌출혈직접치료입원비(1일이상180일한도) 특별약관	997
☞ 뇌출혈진단비 특별약관	896
☞ 뇌출혈진단비(감액없음) 특별약관	1301
☞ 뇌혈관질환·심장관련질병·인공관절수술비 특별약관	1338
☞ 뇌혈관질환및허혈성심장질환수술비 II(25%체증형) 특별약관	1132
☞ 뇌혈관질환수술비 II 특별약관	1120
☞ 뇌혈관질환진단비 특별약관	891
☞ 뇌혈관질환진단비(감액없음) 특별약관	1302
☞ 뇌혈관질환진단비(체증형) 특별약관	893
☞ 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1017
☞ 뇌혈관질환통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1016
☞ 뇌혈관질환통원비(연간10회한) 특별약관	1010
☞ 뇌혈관질환통원비(연간30회한) 특별약관	1009
☞ 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1014
☞ 뇌혈관질환통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1012
☞ 다빈치로봇암수술비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1233
☞ 다빈치로봇특정수술비(연간1회한)(갱신형) 특별약관	1231
☞ 대상포진농병진단비 특별약관	926
☞ 대상포진진단비 특별약관	924
☞ 림프종 및 백혈병 관련암 진단비 특별약관	881
☞ 만성당뇨합병증치료비(최초1회한) 특별약관	1311
☞ 말기간경화진단비 특별약관	917
☞ 말기신부전증진단비 특별약관	919
☞ 말기폐질환진단비 특별약관	920
☞ 민사소송법률비용 특별약관	1383
☞ 보복운전피해보상금(운전) 특별약관	1379
☞ 보이스피싱손해보상금 특별약관	1377
☞ 보험료납입면제지원금(3대진단) 특별약관	1362
☞ 보험료납입면제지원금(5대진단) 특별약관	1366

☞ 보험료납입면제지원금(5대진단,고급형) 특별약관	1282
☞ 보험료납입면제지원금(8대진단) 특별약관	1371
☞ 보험료납입면제지원금(유사암진단)(8대진단용) 특별약관	1277
☞ 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(5대진단용) 특별약관	1289
☞ 보험료납입면제지원금(유사암진단,고급형)(기본계약용) 특별약관	1286
☞ 비뇨기관(신장,방광,요관)암진단비 특별약관	866
☞ 산정특례(뇌혈관)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1354
☞ 산정특례(심장)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1356
☞ 산정특례(암(유사암제외))치료비Ⅱ(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1263
☞ 산정특례(유사암)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1268
☞ 산정특례(중복암및재등록암)치료비(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	1271
☞ 산정특례(중증외상)치료비(연간1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	809
☞ 산정특례(중증치매)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 보장	1358
☞ 산정특례(중증화상)치료비(최초1회한)(비갱신형 및 갱신형) 특별약관	811
☞ 상급종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관	768
☞ 상급종합병원암직접치료통원비 특별약관	972
☞ 상급종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관	957
☞ 상해흉터복원수술비 특별약관	788
☞ 소장암·대장암 및 항문암 진단비 특별약관	871
☞ 수혈치료비(급여,연간1회한) 특별약관	1348
☞ 시니어골절수술비 특별약관	803
☞ 시니어골절진단비 특별약관	802
☞ 시니어다발암진단비 특별약관	858
☞ 新112대특정질병수술비 특별약관	1073
☞ 新112대특정질병수술비Ⅱ 특별약관	1078
☞ 심뇌혈관질환수술비Ⅱ 특별약관	1130
☞ 심방세동및조동진단비 특별약관	935
☞ 심장부정맥과주파,냉각절제술보장(급여,연간1회한) 특별약관	1158
☞ 심장암 및 뇌암 진단비 특별약관	876
☞ 심장질환(특정Ⅰ)진단비 특별약관	906
☞ 심장질환(특정Ⅱ)진단비 특별약관	907
☞ 심장질환(특정Ⅲ)진단비 특별약관	909
☞ 심장질환(특정Ⅳ)진단비 특별약관	910
☞ 십자인대·반월판연골·아킬레스건수술비(각 연간1회한, 급여) 특별약관	1335
☞ 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관	808
☞ 안과질환수술비 특별약관	1143
☞ 암수술비(유사암제외) 특별약관	1083
☞ 암수술비(유사암제외)(25%체증형) 특별약관	1086
☞ 암수술비(유사암제외,1회한) 특별약관	1095
☞ 암으로인한림프부종수술비(급여,연간1회한) 특별약관	1098
☞ 암으로인한피부재건수술비(급여,연간1회한) 특별약관	1101
☞ 암주요치료비(특정유사암제외,감액없음)(진단후5년,연간1회한) 특별약관	1164
☞ 암중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관	969
☞ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관	962
☞ 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	993
☞ 암직접치료통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	990
☞ 암직접치료통원비(연간10회한) 특별약관	979
☞ 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관	975

☞ 암직접치료통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	986
☞ 암직접치료통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	983
☞ 암진단비(유사암및특정소액암제외) 특별약관	846
☞ 암진단비(유사암및특정소액암제외,면책없음,감액없음) 특별약관	1295
☞ 암진단비(유사암제외) 특별약관	841
☞ 암진단비(유사암제외)(체증형) 특별약관	844
☞ 암진단비(유사암제외,면책없음,감액없음) 특별약관	1293
☞ 여성특정(유방,자궁,난소,외음,질,태반)암진단비 특별약관	863
☞ 요로결석진단비 특별약관	929
☞ 요실금수술비(급여,연간1회한)(갱신형) 특별약관	1190
☞ 요양병원암입원비(1일이상90일한도) 특별약관	966
☞ 욕창중등증이상진단비(3,4단계) 특별약관	934
☞ 욕창진단비 특별약관	932
☞ 위·십이지장및대장양성종양(폴립포함)진단비(연간1회한) 특별약관	930
☞ 위암 및 식도암 진단비 특별약관	868
☞ 유사암수술비 특별약관	1089
☞ 유사암수술비(25%체증형) 특별약관	1092
☞ 유사암진단비 특별약관	849
☞ 유사암진단비(감액없음) 특별약관	1298
☞ 음주·무면허·뺑소니차교통상해사망보험금 특별약관	755
☞ 응급실내원진료비(응급) 특별약관	1346
☞ 의료사고법률비용 특별약관	1381
☞ 이비인후과질환수술비 특별약관	1148
☞ 일과성뇌허혈발작진단비(최초1회한) 특별약관	940
☞ 일반상해1~5중수술비 특별약관	774
☞ 일반상해1~8중수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관	776
☞ 일반상해20%이상후유장해보험금 특별약관	760
☞ 일반상해3%이상후유장해보험금 특별약관	759
☞ 일반상해80%이상후유장해보험금 특별약관	762
☞ 일반상해사망보험금 특별약관	754
☞ 일반상해수술비 특별약관	771
☞ 일반상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관	763
☞ 일반상해입원비(1일이상20일한도) 특별약관	764
☞ 일반상해입원치료수술비(종합병원) 특별약관	781
☞ 일반상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관	770
☞ 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관	813
☞ 장기요양진단비(1,2,3,4,5등급) 특별약관	1333
☞ 장기요양진단비(1,2,3,4등급) 특별약관	1331
☞ 장기요양진단비(1,2,3등급) 특별약관	1329
☞ 장기요양진단비(1,2등급) 특별약관	1327
☞ 장기요양진단비(1등급) 특별약관	1324
☞ 전립선비늘생검조직병리진단비(연간1회한) 특별약관	1308
☞ 조혈모세포이식수술비(최초1회한) 특별약관	1161
☞ 종합병원상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관	765
☞ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한) 특별약관	1174
☞ 종합병원암주요치료지원금(2천만원이상)(감액없음) (진단후5년,연간1회한) 특별약관	1182
☞ 종합병원질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관	954
☞ 중대한상해수술비(최초1회한) 특별약관	785
☞ 중등도이상 만성신부전증진단비 특별약관	913

☞ 중등도이상 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관	915
☞ 중등도이상 폐렴진단비 특별약관	916
☞ 중증갑상선암진단비 특별약관	853
☞ 중증치매진단비 특별약관	1318
☞ 질병1~5종수술비Ⅲ 특별약관	1061
☞ 질병1~8종수술비(시술포함)(급여,연간1회한) 특별약관	1063
☞ 질병3%이상후유장해보험금 특별약관	837
☞ 질병50%이상후유장해보험금 특별약관	838
☞ 질병80%이상후유장해보험금 특별약관	840
☞ 질병사망보험금 특별약관	836
☞ 질병수술비 특별약관	1043
☞ 질병수술비(백내장및대장용종제외) 특별약관	1048
☞ 질병수술비(백내장제외) 특별약관	1045
☞ 질병수술비(상급종합병원) 특별약관	1057
☞ 질병수술비(종합병원) 특별약관	1054
☞ 질병수술비(특정다빈도8대질병제외) 특별약관	1051
☞ 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관	950
☞ 질병입원비(1일이상20일한도) 특별약관	952
☞ 질병입원치료수술비(종합병원) 특별약관	1068
☞ 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관	960
☞ 창상봉합술치료비(급여,1일1회한,연간3회한) 특별약관	1342
☞ 창상봉합술치료비(안면/경부)(급여,1일1회한,연간3회한) 특별약관	1344
☞ 척추상해수술비(관혈/비관혈) 특별약관	800
☞ 척추질병수술비(관혈/비관혈) 특별약관	1151
☞ 충수염(맹장)수술비(최초1회한) 특별약관	1140
☞ 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1222
☞ 통풍진단비 특별약관	923
☞ 통합형뇌관련진단비 특별약관	897
☞ 통합형심장관련진단비 특별약관	904
☞ 통합형암진단비(유사암제외) 특별약관	884
☞ 통합형전이암진단비 특별약관	888
☞ 특정고혈압합병증치료비(최초1회한) 특별약관	1312
☞ 특정류마티스관절염진단비 특별약관	927
☞ 특정유사암주요치료비(감액없음)(진단후5년,연간1회한) 특별약관	1169
☞ 특정전염병Ⅱ입원비(1일이상30일한도) 특별약관	1041
☞ 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1203
☞ 표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1196
☞ 항암방사선약물치료후5대질병진단비 특별약관	1116
☞ 항암방사선치료비 특별약관	1104
☞ 항암방사선치료후9대합병증진단비 특별약관	1112
☞ 항암약물치료비 특별약관	1106
☞ 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관	1193
☞ 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암및갑상선암제외)(최초1회한) (갱신형) 특별약관 ..	1213
☞ 허혈성심장질환수술비Ⅱ 특별약관	1126
☞ 허혈성심장질환진단비 특별약관	899

☞ 허혈성심장질환진단비(감액없음) 특별약관	1305
☞ 허혈성심장질환진단비(체증형) 특별약관	901
☞ 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간10회한) 특별약관	1039
☞ 허혈성심장질환통원비(상급종합병원)(연간30회한) 특별약관	1037
☞ 허혈성심장질환통원비(연간10회한) 특별약관	1032
☞ 허혈성심장질환통원비(연간30회한) 특별약관	1031
☞ 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간10회한) 특별약관	1036
☞ 허혈성심장질환통원비(종합병원)(연간30회한) 특별약관	1034
☞ 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관	944
☞ 혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관	941
☞ 호흡기암진단비 특별약관	878
☞ 호흡기질환수술비 특별약관	1147
☞ 화상수술비 특별약관	798
☞ 화상진단비 특별약관	797

고객님, 이제 MG손해보험이 함께 하겠습니다.