

무배당
let:simple
간편맞춤
건강보험 II

(2404)

let:

롯데손해보험

무배당 let:simple 간편맞춤 건강보험 II (2404)

약 관

롯데손해보험

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험회사, 손해보험협회, 보험개발원, 은행연합회, 업무 위탁회사 및 기타 신용정보제공·이용자, 신용정보집중기관, 신용정보업자 등(이하 「제3자」)에 대한 정보의 제공·활용 동의 여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 고객은 가입 신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스)안 내 등 마케팅목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하고, 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 신용정보집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 동의철회는 중단합니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 매체를 통하여 신청하여 주시기 바랍니다.

■ 신청방법

→ 전화번호 : 1588-3344 또는 1600-3434

→ 홈페이지 : <http://www.lotteins.co.kr>

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

나. 위의 신청과 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 당사의 개인신용정보 관리보호인 또는 협회·금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

■ 연락처

→ 당사 개인신용정보 관리·보호인 : 1588-3344 또는 1600-3434 / 서울특별시 중구 소월로 3

→ 손해보험협회 정보보호 담당자 : (02) 3702-8500 / 서울특별시 종로구 종로5길 68

코리안리빌딩 6층

→ 금융감독원 정보보호 담당자 : (국번없이) 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38 금감원

3. 신용정보 제공사실 통보 요구 및 오류정보 정정 요구

가. 고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 당사 인터넷 홈페이지 또는 금융감독원 홈페이지에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 개인신용정보 관리·보호인에게 신청하여 주시기 바랍니다.

- 신용정보 제공사실 통보 요구권(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제35조)

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

- 신용정보 열람 및 정정요구권(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제38조)

고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정요구 및 정정 처리결과에 이의가 있는 경우 금융위에 시정 요청 가능

나. 고객은 본인 신용정보를 신용정보업자(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 한국개인신용 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용정보업자에 문의하시기 바랍니다.

목 차

공 통 사 항

약관이용 가이드 북	19
쉽게 이해하는 약관 요약서	23

보 통 약 관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)	79
제2조(용어의 정의)	79

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)	81
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	81
제5조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)	81
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	81
제7조(보험금 지급사유의 통지)	82
제8조(보험금 등의 청구)	82
제9조(보험금 등의 지급절차)	82
제10조(공시이율의 적용 및 공시)	84
제11조(중도인출금)	85
제12조(만기환급금의 지급)	85
제13조(보험금 받는 방법의 변경)	86
제14조(주소변경통지)	86
제15조(보험수익자의 지정)	86
제16조(대표자의 지정)	87

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제17조(계약 전 알릴 의무)	87
제18조(상해보험계약 후 알릴 의무)	88
제19조(알릴 의무 위반의 효과)	90
제20조(사기에 의한 계약)	91

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제21조(보험계약의 성립)	91
제22조(청약의 철회)	92
제23조(약관교부 및 설명의무 등)	92
제24조(계약의 무효)	94
제25조(계약내용의 변경 등)	95
제26조(보험나이 등)	96
제27조(계약의 소멸)	96

제 5 관 보험료의 납입

제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	97
제29조(제2회 이후 보험료의 납입)	98
제30조(보험료의 납입면제)	98
제31조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	99
제32조(보험료의 자동대출납입)	99
제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	100
제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]	101
제35조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]	101

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	102
제37조(중대사유로 인한 해지)	102
제38조(회사의 파산선고와 해지)	103
제39조(위법계약의 해지)	103
제40조(해약환급금)	103
제41조(보험계약대출)	104
제42조(배당금의 지급)	104

제 7 관 보험계약의 자동갱신 등

제43조(보험기간 및 자동갱신)	105
제44조[갱신계약 제1회 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	105
제45조(자동갱신 적용)	106

제 8 관 분쟁의 조정 등

제46조(분쟁의 조정)	106
제47조(관할법원)	107
제48조(소멸시효)	107
제49조(약관의 해석)	107
제50조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	107

제51조(회사의 손해배상책임)	107
제52조(개인정보보호)	108
제53조(준거법)	108
제54조(예금보험에 의한 지급보장)	108

특 별 약 관

1. 상해 관련 특별약관

1-1. 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	109
1-2. 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	109
1-3. 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	112
1-4. 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	112
1-5. 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	114
1-6. 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	114
1-7. 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	116
1-8. 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	116
1-9. 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	120
1-10. 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	120
1-11. 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	123
1-12. 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	123
1-13. 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	127
1-14. 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	127
1-15. 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	130
1-16. 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	130
1-17. 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	133
1-18. 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	133
1-19. 상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	136
1-20. 상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관	136
1-21. 상급종합병원상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	140
1-22. 상급종합병원상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관	140
1-23. 종합병원상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	144
1-24. 종합병원상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관	144
1-25. 상해입원수술비(당일입원제외)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	148
1-26. 상해입원수술비(당일입원제외)(간편맞춤형 II) 특별약관	148
1-27. 상해통원수술비(당일입원포함)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	152
1-28. 상해통원수술비(당일입원포함)(간편맞춤형 II) 특별약관	152
1-29. 상해수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	156
1-30. 상해수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형 II) 특별약관	156

1-31. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관(갱신형)	163
1-32. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관	163
1-33. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관(갱신형)	165
1-34. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관	165
1-35. 골절수술비 특별약관(갱신형)	167
1-36. 골절수술비 특별약관	167
1-37. 화상진단비 특별약관(갱신형)	170
1-38. 화상진단비 특별약관	170
1-39. 화상수술비 특별약관(갱신형)	172
1-40. 화상수술비 특별약관	172
1-41. 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형) ·	175
1-42. 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	175
1-43. 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	180
1-44. 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	180
1-45. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관(갱신형)	185
1-46. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관	185
1-47. 자동차사고치아보철비용(자가용) 특별약관(갱신형)	188
1-48. 자동차사고치아보철비용(자가용) 특별약관	188
1-49. 강력범죄(일상생활중) 특별약관(갱신형)	191
1-50. 강력범죄(일상생활중) 특별약관	191
1-51. 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관(갱신형)	194
1-52. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	197
1-53. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	197
1-54. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	202
1-55. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	202
1-56. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	207
1-57. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	207
1-58. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	211
1-59. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	211
1-60. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	216
1-61. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	216
1-62. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	221
1-63. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	221

1-64. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	225
1-65. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	225
1-66. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	230
1-67. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	230
1-68. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	235
1-69. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	235
1-70. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	239
1-71. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	239
1-72. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	244
1-73. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	244
1-74. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	249
1-75. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	249
1-76. 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	253
1-77. 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	253
1-78. 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	256
1-79. 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	256
1-80. 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	259
1-81. 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	259

2. 질병 관련 특별약관

2-1. 질병사망(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	263
2-2. 질병사망(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	263
2-3. 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	266
2-4. 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	266
2-5. 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	273
2-6. 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	273
2-7. 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	280
2-8. 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	280
2-9. 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	287

2-10. 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	287
2-11. 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	298
2-12. 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	298
2-13. 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	306
2-14. 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	306
2-15. 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	318
2-16. 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	318
2-17. 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	327
2-18. 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	327
2-19. 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	336
2-20. 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	336
2-21. 질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	345
2-22. 질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	345
2-23. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	355
2-24. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	355
2-25. 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	365
2-26. 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	365
2-27. 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	376
2-28. 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	376
2-29. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	388
2-30. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	388
2-31. 142대질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	402
2-32. 142대질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	402
2-33. 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	416
2-34. 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	416
2-35. 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	422
2-36. 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	422
2-37. 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	427
2-38. 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	427
2-39. 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	431
2-40. 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	431
2-41. 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	435
2-42. 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	435
2-43. 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	439
2-44. 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	439
2-45. 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	443
2-46. 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	443
2-47. 통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	451
2-48. 전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	458

2-49. 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	463
2-50. 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	463
2-51. 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	467
2-52. 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	467
2-53. 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	471
2-54. 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	471
2-55. 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	474
2-56. 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	474
2-57. 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	477
2-58. 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	477
2-59. 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	481
2-60. 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	481
2-61. 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	484
2-62. 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	484
2-63. 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	487
2-64. 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	487
2-65. 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	490
2-66. 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	490
2-67. 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	493
2-68. 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	493
2-69. 일반암진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	496
2-70. 뇌졸중진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	501
2-71. 급성심근경색증진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	505
2-72. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형) ..	509
2-73. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	509
2-74. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형) ..	515
2-75. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	515
2-76. 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	521
2-77. 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	521
2-78. 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	527
2-79. 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	527
2-80. 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	533
2-81. 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	533
2-82. 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	538
2-83. 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	538
2-84. 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	544
2-85. 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	544
2-86. 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	550
2-87. 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	550

2-88. 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	555
2-89. 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	555
2-90. 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	561
2-91. 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	561
2-92. 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	566
2-93. 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	566
2-94. 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	571
2-95. 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	571
2-96. 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	576
2-97. 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	576
2-98. 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	580
2-99. 다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형) ..	586
2-100. 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	592
2-101. 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	592
2-102. 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	600
2-103. 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	600
2-104. 뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	608
2-105. 뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	608
2-106. 뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	612
2-107. 뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	612
2-108. 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	616
2-109. 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	616
2-110. 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	624
2-111. 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	624
2-112. 급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	632
2-113. 급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	632
2-114. 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	635
2-115. 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	635
2-116. 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	640
2-117. 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	640
2-118. 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	645
2-119. 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	645
2-120. 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	650
2-121. 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	650
2-122. 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	655
2-123. 표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	664
2-124. 항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	672
2-125. 항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	676

2-126. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	680
2-127. 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	688
2-128. 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형 II) 특별약관	688
2-129. 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	691
2-130. 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형 II) 특별약관	691
2-131. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	694
2-132. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	694
2-133. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	708
2-134. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	708
2-135. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	720
2-136. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	720
2-137. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	730
2-138. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관	730
2-139. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	744
2-140. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관	744
2-141. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	756
2-142. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관	756
2-143. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	766
2-144. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	766
2-145. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	780
2-146. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	780
2-147. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	792
2-148. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	792
2-149. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	802
2-150. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관	802
2-151. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	816
2-152. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관	816
2-153. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관	

(갱신형)	828
2-154. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관	828
2-155. 보험료납입지원(갑상선암·기타피부암·유사암진단)(간편맞춤형 II) 특별약관	838
2-156. 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	842
2-157. 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	842
2-158. 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한) (간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	849
2-159. 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한) (간편맞춤형 II) 특별약관	849
2-160. 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	855
2-161. 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	855
2-162. 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) ..	861
2-163. 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	861
2-164. 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	866
2-165. 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	866
2-166. 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	871
2-167. 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형 II) 특별약관	871
2-168. 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	880
2-169. 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형 II) 특별약관	880
2-170. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	889
2-171. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형 II) 특별약관	889

3. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	901
3-2. 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	901
3-3. 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	913
3-4. 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관 ..	913
3-5. 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	925
3-6. 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형 II) 특별약관	925
3-7. 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	929

3-8. 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	929
3-9. 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	933
3-10. 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	933
3-11. 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	937
3-12. 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	937

4. 비용손해 관련 특별약관

4-1. 민사소송법률비용손해 특별약관(갱신형)	941

5. 배상책임손해 관련 특별약관

• 배상책임손해 관련 특별약관 공통조항

5-1. 가족일상생활배상책임(50만원공제)Ⅱ 특별약관(갱신형)	956
5-2. 가족일상생활배상책임(50만원공제)(주택내화재·폭발제외)Ⅱ 특별약관(갱신형)	963

6. 무배당 상해·질병수술비Ⅱ(1~5종) 독립 특별약관

6-1. 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	987
6-2. 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	987
6-3. 질병수술비Ⅱ(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	991
6-4. 질병수술비Ⅱ(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	991

7. 제도성 특별약관

7-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	1001
7-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관	1004
7-3. 선지급서비스 특별약관	1006
7-4. 보험료 자동납입 특별약관	1009
7-5. 지정대리청구서비스 특별약관	1010
7-6. 가입 후 간편맞춤 계약전환 제도 특별약관	1012

별 표

〈별표1〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1015
〈별표2〉 장애분류표	1016
〈별표3〉 자동차사고 부상 등급표	1042
〈별표4〉 림프절및특정전이암 분류표	1051
〈별표5〉 특정신체부위 분류표	1052
〈별표6〉 특정질병 분류표	1054
〈별표7〉 악성 신생물 분류표	1056
〈별표8〉 제자리신생물 분류표	1058
〈별표9〉 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	1059
〈별표10〉 뇌혈관질환 분류표	1060
〈별표11〉 뇌졸중 분류표	1061
〈별표12〉 뇌출혈 분류표	1062
〈별표13〉 허혈심장질환 분류표	1063
〈별표14〉 급성심근경색증 분류표	1064
〈별표15〉 아나필락시스 분류표	1065
〈별표16〉 142대질병 분류표	1066
〈별표17〉 다빈치로봇 암수술 분류표	1082
〈별표18〉 골절(치아파절제외) 분류표	1083
〈별표19〉 골절 분류표	1084
〈별표20〉 화상 분류표	1085
〈별표21〉 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명	1086
〈별표22〉 가사도우미지원 프로그램 세부내용	1094
〈별표23〉 1~8종 수술 및 시술 분류표	1095
〈별표24〉 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환) 분류표	1120
〈별표25〉 1~5종 수술분류표 II	1121
〈별표26〉 카티(CAR-T)보장대상 악성 신생물 분류표	1127
〈별표27〉 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명	1128
〈별표28〉 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표	1129
〈별표28-1〉 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병	1130
〈별표28-2〉 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술	1131
〈별표29〉 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표	1133
〈별표29-1〉 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병	1134
〈별표29-2〉 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술	1136
〈별표29-3〉 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분	1142
〈별표30〉 중증난치질환자 산정특례대상 분류표	1143
〈별표31〉 희귀질환자 산정특례대상 분류표	1149

〈별표32〉 남성생식기암 분류표	1168
〈별표33〉 여성생식기암 분류표	1169
〈별표34〉 비뇨기관암 분류표	1170
〈별표35〉 중증외상환자 산정특례대상 분류표	1171
〈별표36〉 중증화상환자 산정특례대상 분류표	1172
〈별표36-1〉 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명	1173
〈별표37〉 통합형일반암 분류표	1175
〈별표38〉 전이암 분류표	1179
〈별표39〉 중증질환자 암 산정특례대상 분류표	1180
〈별표39-1〉 중증질환자(일반암) 산정특례대상질병 분류표	1181
〈별표39-2〉 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병 분류표	1183
〈별표39-3〉 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병 분류표	1185
〈별표40〉 창상봉합술 대상 수가코드	1186
〈별표41〉 창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드	1188
〈별표42〉 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드	1190
〈별표43〉 특정심장질환Ⅰ 분류표	1191
〈별표44〉 특정심장질환Ⅱ 분류표	1192
〈별표45〉 특정심장질환Ⅲ 분류표	1193
〈별표46〉 특정심장질환Ⅳ 분류표	1194

관 련 법 규

[개인정보 보호법]	1195
[관공서의 공휴일에 관한 규정]	1198
[국민건강보험법]	1199
[국민건강보험법 시행령]	1200
[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]	1203
[금융소비자 보호에 관한 법률]	1206
[금융소비자 보호에 관한 법률 시행령]	1210
[노인장기요양보험법]	1212
[농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법]	1213
[도로교통법]	1213
[산업재해보상보험법 시행규칙]	1215
[상법]	1215
[상법 시행령]	1216
[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률]	1216
[약사법]	1219

[여객자동차운수사업법 시행령]	1221
[의료법]	1222
[자동차관리법 시행규칙]	1225
[자동차손해배상보장법 시행령]	1228
[전자서명법]	1230
[지역보건법]	1230
[폭력행위 등 처벌에 관한 법률]	1231
[형법]	1233
[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]	1239

찾아보기

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

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

I 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

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

II 한 눈에 보는 약관의 구성

약관이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서
시각화된 약관요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
보험약관	보통약관 : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 특별약관 : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필 요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률 보험용어의 해설 , 가나다 순 특약 색인, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

III QR코드를 통한 편리한 정보 이용

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점
		

IV 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

	① 보험금 지급 및 지급제한 사항 제3조 (보험금의 지급사유) 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유) ※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 [보험금 지급사유 및 미지급사유]도 반드시 확인할 필요
	② 청약 철회 제22조(청약의 철회)
	③ 계약 취소 제23조(약관교부 및 설명의무 등)
	④ 계약 무효 제24조(계약의 무효)
	⑤ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과 제17조(계약 전 알릴 의무)
	⑥ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과 제18조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제19조(알릴 의무 위반의 효과)
	⑦ 보험료 연체 및 해지 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]
	⑧ 부활(효력회복) 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]
	⑨ 해약환급금 제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제40조(해약환급금)
	⑩ 보험계약대출 제41조(보험계약대출)

V 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1	시각화된 ' 약관요약서 '를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	P23
2	' 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 '를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	P21
3	' 가나다 順 특약 색인(索引) '을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.	P1241
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설 , 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	P73
5	스마트폰으로 QR코드 를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급 절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	P20
6	' 관련법규 ' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	P1195
7	약관 조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

VI 기타문의 사항

- ※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.lotteins.co.kr), **고객콜센터**(1588-3344)로 문의 가능
- ※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 **금융소비자정보 포털**(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인가능

쉽게 이해하는 약관 요약서

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

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

I 보험계약의 개요

1 상품의 주요 특징

무배당 let:simple 간편맞춤 건강보험Ⅱ(2404)은 쉽고 단순한 고지사항으로 간편하게 가입하고 기존 상품에 비해 완화된 가입 연령 조건으로 고령자도 가입할 수 있는 상품입니다.

2 상품명으로 상품의 특징 이해하기

무배당 let:simple 간편맞춤 건강보험Ⅱ(2404)

무배당	계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
간편	[간편심사형Ⅱ(3.4.5)으로 가입시] 가입 시 3월이내 입원·수술·추가검사 필요소견 여부, 4년이내의 입원·수술 여부, 5년이내의 암, 협심증, 심근경색, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 간경화증, 심장판막증으로 진단·입원·수술 여부만 없다면 간편하게 가입가능한 상품입니다.
	[간편심사형Ⅱ(3.5.5)으로 가입 또는 계약전환시] 가입 시 3월이내 입원·수술·추가검사 필요소견 여부, 5년이내의 입원·수술 여부, 5년이내의 암, 협심증, 심근경색, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 간경화증, 심장판막증으로 진단·입원·수술 여부만 없다면 간편하게 가입가능한 상품입니다.
맞춤	가입 후 회사가 정한 절차에 따라 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하는 경우 맞춤형으로 계약전환이 가능한 상품입니다.
건강보험	상해 및 질병으로 인한 입원·수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.
세만기	납입기간 종료 이후에도 해당 연령까지 보장되는 상품입니다. (보통약관 기준)
해약환급금 미지급형Ⅱ	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고 납입기간후 해지될 경우에는 일반형 해약환급금의 50%를 지급하는 상품입니다.

Ⅱ 유의사항

1 보험금 지급제한 사항

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

① 면책기간

면책기간

보험금 미지급

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

담보명	면책기간
■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 90일간 보장제외

담보명	면책기간
■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암주요치료비(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암주요치료비(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 90일간 보장제외

담보명	면책기간
■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	일반암의 경우 가입 후 90일간 보장제외

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독
립
특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

② 감액지급

감액지급

30 / 50% 등

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

담보명	감액지급
■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(매회)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 감액지급

담보명	감액지급
■ 뇌졸중수술비(간편맞춤형 II) ■ 뇌졸중수술비(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 뇌출혈수술비(간편맞춤형 II) ■ 뇌출혈수술비(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 급성심근경색증수술비(간편맞춤형 II) ■ 급성심근경색증수술비(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병사망(간편맞춤형 II) ■ 질병사망(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) ■ 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) ■ 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) ■ 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) ■ 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) ■ 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) ■ 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) ■ 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) ■ 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) ■ 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 142대질병수술비(간편맞춤형 II) ■ 142대질병수술비(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형 II) ■ 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병수술비(간편맞춤형 II) ■ 질병수술비(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형 II) ■ 질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형 II)(갱신형) ■ 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형 II) ■ 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형 II)(갱신형)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 감액지급

담보명	감액지급
■ 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 질병수술비(1-8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병수술비(1-8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 질병수술비Ⅱ(1-5종)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병수술비Ⅱ(1-5종)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 감액지급

담보명	감액지급
■ 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 감액지급
■ 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	약관에서 보장하는 암 최초 진단확정일이 가입 후 1년 미만인 경우 보험금의 50% 감액지급
■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 지급 (단, 기타피부암은 가입 후 1년미만 보험금의 10% 지급)
■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 지급 (단, 갑상선암 및 기타피부암은 가입 후 1년미만 보험금의 10% 지급)

담보명	감액지급
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만인 경우 : -가입 후 1년미만 보험금의 25% 지급 -가입 후 1년이상 보험금의 50% 지급
■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상인 경우 : 가입 후 1년미만 보험금의 50% 지급

담보명	감액지급
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)	가입 후 1년미만 보험금의 50% 지급

담보명	감액지급
■ 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	관혈수술시 : 가입 후 1년미만 보험금의 50% 지급 비관혈수술시 : 가입 후 1년미만 보험금의 25% 지급
■ 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 90일미만 보험금의 5% 지급 가입 후 90일이상 1년미만 보험금의 50% 지급
■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 90일미만 보험금의 5% 지급 가입 후 90일이상 180일미만 보험금의 30% 지급 가입 후 180일이상 1년미만 보험금의 50% 지급

담보명	감액지급
■ 표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	가입 후 180일미만 보험금의 25% 지급 가입 후 180일이상 1년미만 보험금의 50% 지급

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

③ 보장한도

보장한도	보장한도	보장한도
최초1회한	연간 1회한 /10회한 등	30일/ 120일/ 180일 등

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도
■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌졸중진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 급성심근경색증진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장

담보명	보장한도
■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 보험료납입지원(갑상선암·기타피부암·유사암진단)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장

담보명	보장한도
■ 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
■ 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

담보명	보장한도
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일) (간편맞춤형Ⅱ)	60일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
■ 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) (갱신형)	30일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

담보명	보장한도
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일) (간편맞춤형Ⅱ)	10일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	90일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
■ 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	3일초과 180일 한도로 보장
■ 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	3일초과 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	3일초과 120일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	3일초과 60일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

담보명	보장한도
■ 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)	180일 한도로 보장
■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)	60일 한도로 보장

담보명	보장한도
■ 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	30일 한도로 보장
■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)	10일 한도로 보장

담보명	보장한도
■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ)	각각 최초 1회에 한해 보장 (상세 보장내용은 약관참조)
■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) ■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장 (상세 보장내용은 약관참조)
■ 민사소송법률비용손해(갱신형)	보험가입금액 한도로 보장
■ 아나필락시스진단비(연간1회한)(갱신형) ■ 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장

담보명	보장한도
■ 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ)	1일 1회, 연간 3회에 한해 보장
■ 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형) ■ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) ■ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)(갱신형)	약관에서 보장하는 암 최초 진단확정일로부터 5년간 연간 1회에 한해 보장 (상세 보장내용은 약관참조)

④ 자기부담금 차감

자기부담금

차감후 지급

이 보험에는 **일정금액 또는 일정비율의 자기부담금을 차감**하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

담보명	자기부담금
■ 민사소송법률비용손해(갱신형)	변호사비용 10만원
■ 가족일상생활배상책임(50만원공제)Ⅱ(갱신형)	대인 50만원
■ 가족일상생활배상책임(50만원공제)(주택내화재·폭발제외)Ⅱ(갱신형)	대물 50만원

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

※ 보험금 지급관련 유의할 사항

구분	유의사항
암 관련 보장	암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
특정질병 관련 보장	암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
치매 관련 보장	중증치매상태란 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 '인지기능의 장애'(CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되고 그 상태가 발생 시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태)가 발생한 상태를 말합니다.
CI 관련 보장	CI 관련 보험은 전체 질병이 아닌 중대한 암 등 약관에서 정하는 특정한 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 중대한 질병이 무엇인지를 반드시 확인하시기 바랍니다.
수술 관련 보장	약관 상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
입원 관련 보장	의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
상해 관련 보장	질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.
재물 및 배상책임 관련보장	타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 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.

다수계약의
비례보상에
관한 사항

1) 재물 관련 보장

동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다.)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

가. 다른 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

나. 다른 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

다. 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 상법 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 해당약관(보통약관, 특별약관)에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.

라. 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 상법 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

2) 배상책임 및 비용 관련 보장

이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다.)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

2 해약환급금에 관한 사항

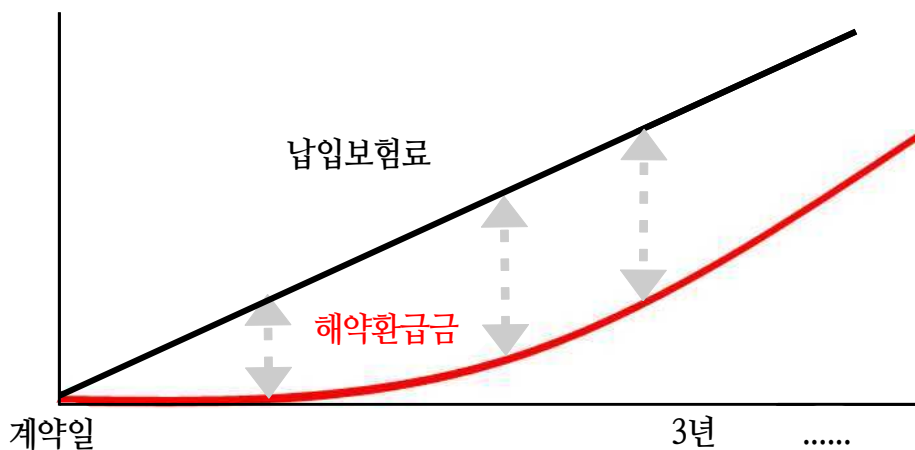
보험계약자가 보험계약을 **중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

① 일반형(1종, 2종, 4종, 6종, 7종, 8종, 10종, 12종, 13종, 14종, 16종, 18종 가입시)

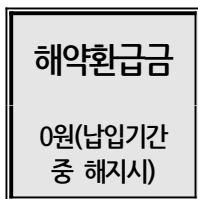


해약환급금은 **납입한 보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.**

* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



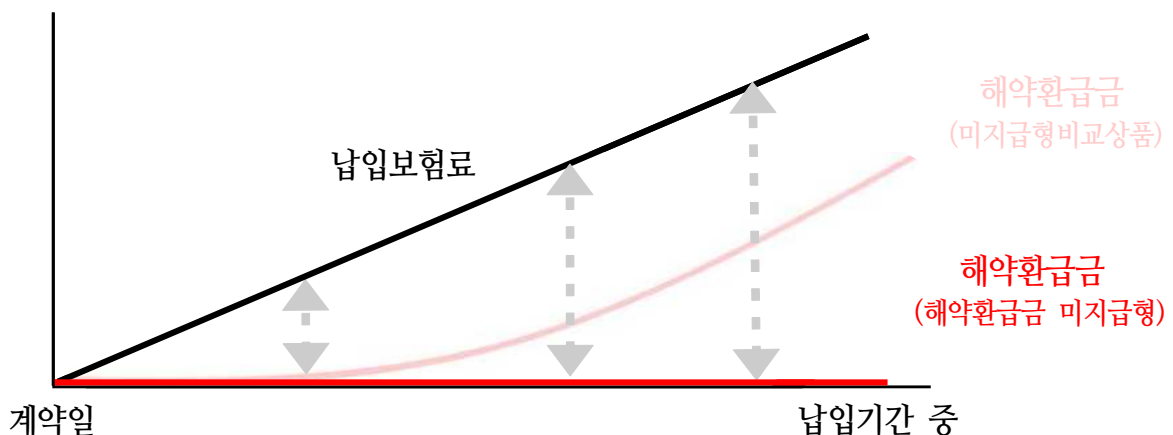
② 해약환급금 미지급형Ⅱ(3종, 5종, 9종, 11종, 15종, 17종 가입시)



① **납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없습니다.**

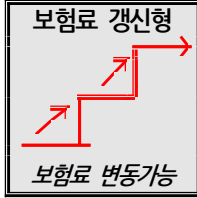
② **납입기간 이후** 보험계약을 해지할 경우 표준형 상품보다 **해약환급금이 적습니다.**

* 단, 갱신형 특별약관, 보험료납입지원(갑상선암·기타피부암·유사암진단)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관은 보험기간 중 계약이 해지되는 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.



3 갱신 시 보험료인상 가능성

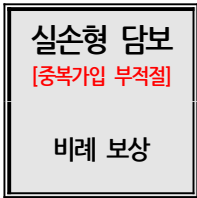
이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 담보가 포함되어 있습니다.
갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.



※ 갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약 : **담보명에 (갱신형)이 포함되어 있는 담보**

4 실손보상형 담보

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



- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복가입** 하더라도 **실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.**(중복 가입 시 비례 보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

담보명

- 가족일상생활배상책임(50만원공제) II (갱신형)
- 가족일상생활배상책임(50만원공제)(주택내화재·폭발제외) II (갱신형)
- 민사소송법률비용손해(갱신형)

5 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험



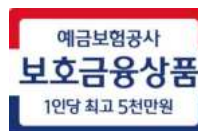
- ① 이 보험은 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 해약환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 일부 특별약관의 경우 보통약관과 보험기간이 상이할 수 있습니다.
(특별약관별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다)

② 금리연동형 보험



- ① 이 보험의 적립부분 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 매일 변동됩니다.
- ② 동 이율은 납입한 적립보험료에서 계약체결 및 유지관리에 필요한 경비를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.
- ③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.
* 운용자산이익률 및 시증금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 이율

③ 예금자보호제도에 관한 사항



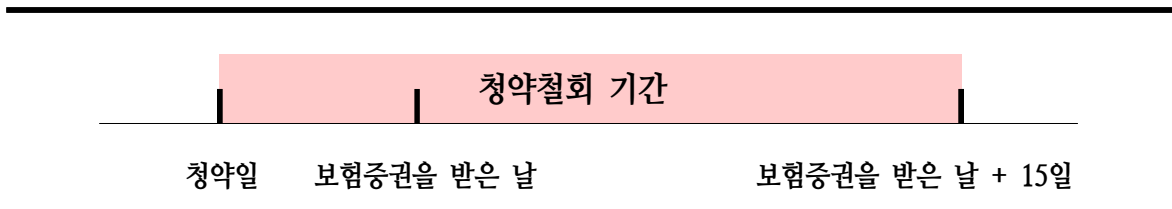
이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.
(단, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.)

Ⅲ 보험계약의 일반사항

1 청약을 철회할 수 있는 권리

[보통약관 제22조]

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



[청약철회가 불가능한 경우]

- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상 보험계약자가 전화를 이용하여 가입한 통신판매계약의 경우 45일)을 초과한 경우
- ② **진단계약**, **보장기간이 90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

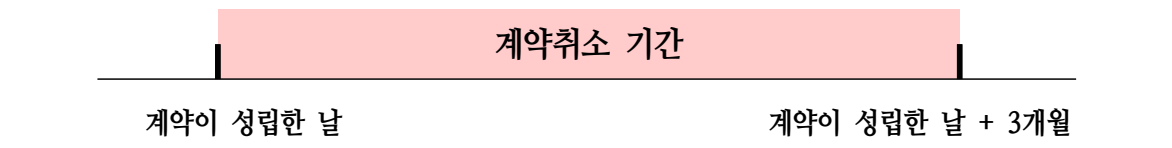
2 보험계약을 취소할 수 있는 권리

[보통약관 제23조]

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약을 취소**할 수 있습니다.

- ① 계약체결 시 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ② **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ③ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

[계약취소 시 지급하는 금액 : 납입한보험료 + 이자]



3 보험계약의 무효

[보통약관 제24조]

보험회사는 다음의 경우 **보험계약을 무효**로 하며, 이미 **납입한 보험료**를 돌려드립니다.

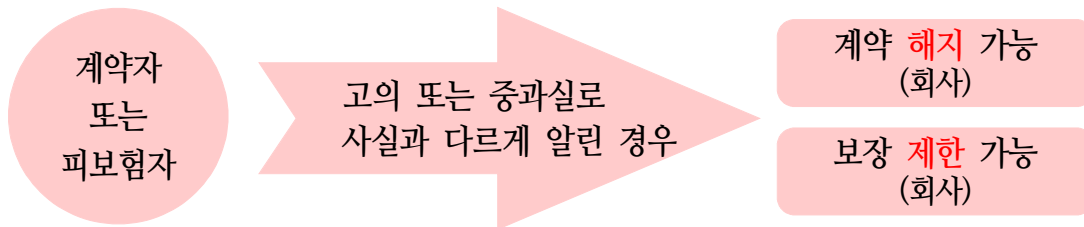
- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면동의를 얻지 않은 경우
- ② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

[보통약관 제17조]

[보통약관 제19조]

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)**을 하셔야 합니다.



- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게 구두로** 알렸을 경우 **보험계약前 알릴 의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로** 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

[민원사례]

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

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

[법률지식]

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

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

5 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

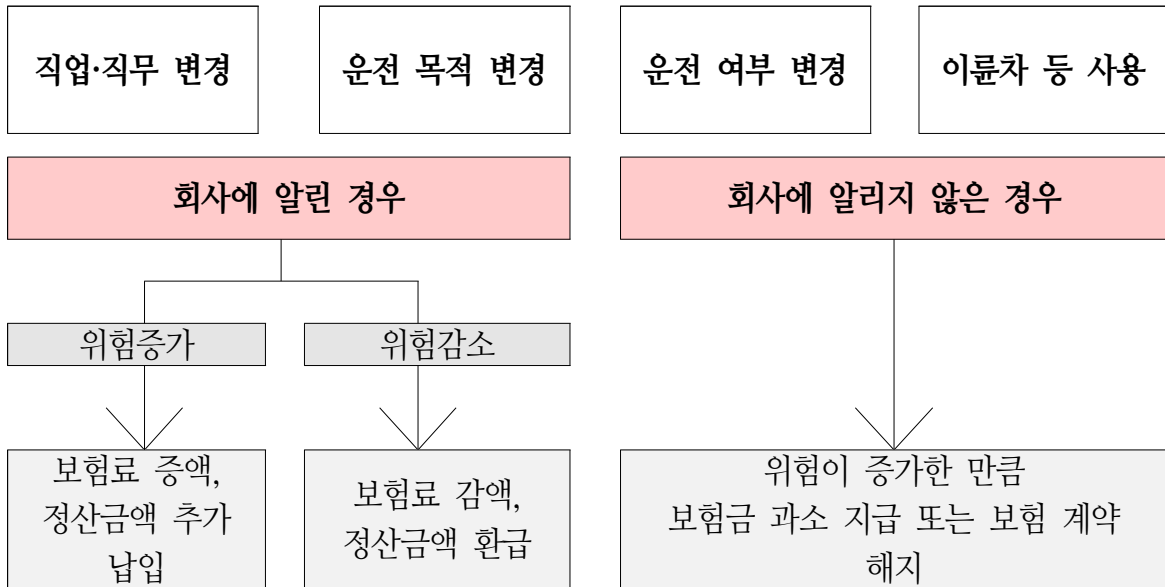
[보통약관 제18조]

[보통약관 제19조]

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생한 경우**(재물보험에서 보험목적물을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우)에는 **지체없이** 보험회사에 알려야 합니다. 이를 **위반하는 경우 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.**

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 **보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 **보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가 납입이 필요**할 수 있습니다.

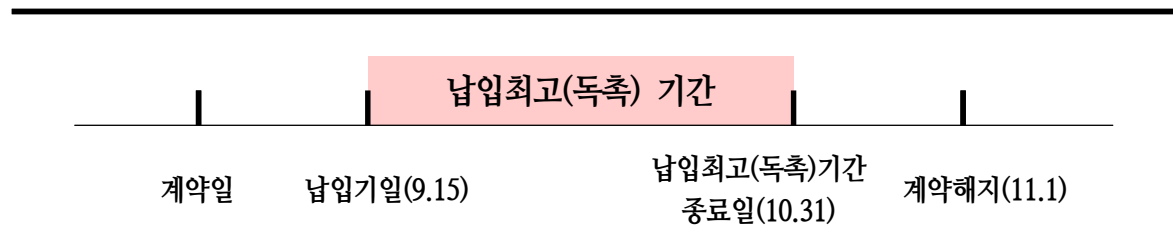


6 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

[보통약관 제33조]

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

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

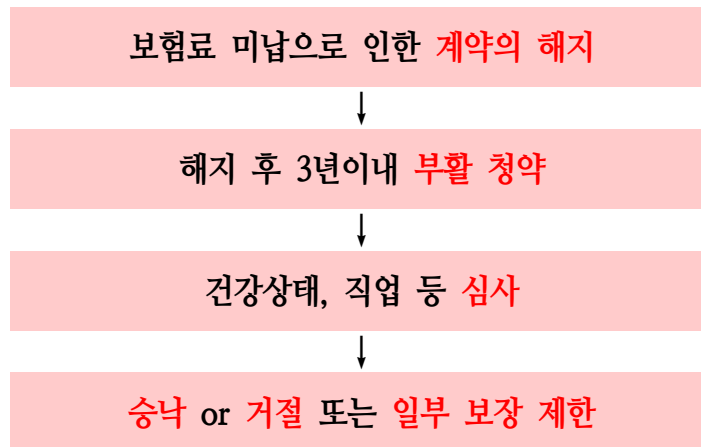


7 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

[보통약관 제34조]

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

- ① 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절하거나 보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.
- ② 회사의 부활(효력회복) 승낙 시 **연체된 보험료와 이자**를 납입하여야 합니다.



8 보험계약대출

[보통약관 제41조]

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

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

[예시]

해약환급금	공제금액			실 수령액
	대출금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원

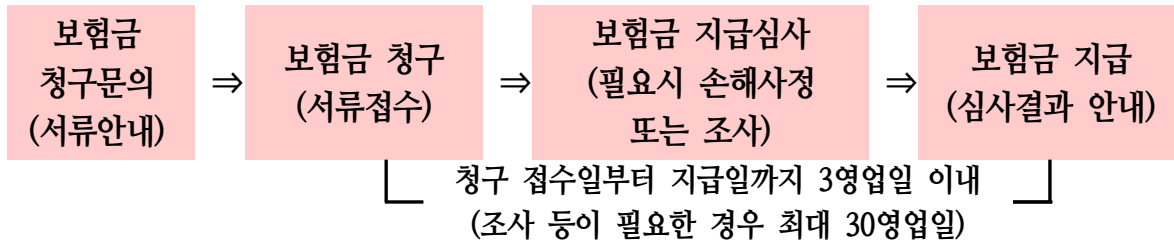
9 보험금 청구절차 및 서류

[보통약관 제8조]

[보통약관 제9조]

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급합니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일 이내의 기간이 소요될 수 있습니다.)



※ **소액 보험금 청구** 시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우도 있으나, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류(요약)

구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
후유장애	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	●	●	●		

구분	유의사항
보험금 청구 소멸시효	보험금 청구 서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)
보험금 지급심사 위탁	[금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 「금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」 라고 명시하고 있습니다.
손해사정사 선임 및 조사	① 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다. ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체 ② 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야 합니다.
장해진단서 제출 시 유의 사항	① 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다. ※ 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원 ② 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.
의료심사	상해, 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.
손해/생명 보험사간 치료비 분담지급 (비례보상 적용)	상해, 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다. 타 보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.
보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법	① 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지)가 이루어집니다. ② 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다. ③ 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다. ④ 롯데손해보험(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다. ※ 대표전화: 1588-3344

※ 보험금 청구시 구비서류 안내

① 사망·후유장해 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
사망 보험금	• 사망진단서 또는 사체검안서 • 초진기록지	병원
	• 사고증명서류 ① 교통상해 사고시 : 교통사고사실확인원 ② 교통상해 이외 사고시 : 사건사고사실확인원(사건경위서)	경찰서
	• 가족관계증명서 • 기본증명서(피보험자 기준) • 호적 또는 제적등본	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	• 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) (법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임시)	
후유장해 보험금	• 후유장해진단서 • 초진기록지(질병인 경우 진단확정일 또는 발병일이 기재된 진단서) • X-Ray, CT, MRI 필름 및 판독서	병원

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

② 진단/입원/수술 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류		발급처
진단보험금	암	• 확정진단 진단서 • 조직병리검사 보고서 • 초진기록지 • 발생암별 기타 기록지	병원
	특정질병	• 확정진단 진단서 • 검사 결과지 (특정질병종류에 따라 다르므로 담당자와 상의 필요)	
	골절/화상	• 확정진단 진단서	
입원관련 보험금	특정질병관련 입원비	• 확정진단 진단서 • 입퇴원 확인서	
	입원비	• 입퇴원 확인서	
수술관련 보험금	• 진단서 그리고 수술기록지(진단명/수술명 기재)		
신생아관련	• 출생증명서(신생아 몸무게 기재) • 간호정보조사지 • 입원확인서(인큐베이터 사용시 해당기간 기재)		

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

③ 실손의료비 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 초진기록지	병원
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
자동차보험처리	• 자동차보험 지급결의서(치료비 개인 납부시 진료비영수증)	보험사/병원
산재처리	• 산재보험 최초 요양급여 신청서 및 보험급여 지급확인원 • 산재급여 원부	근로복지공단/병원
의료보험미처리	• 사고증명서류 • 교통사고시 : 교통사고사실확인원 • 폭행사고시 : 사건사고사실확인원	경찰서

의료 보험 처리	입원	• 진단서 • 진료비 세부내역서(초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가) • 퇴원영수증(치료비영수증) • 재직증명서(해당 병원의 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받은 경우)	병원
	통원	• 진단서 또는 진단명이 기재된 통원확인서/진료확인서/소견서/진료차트 중 택 1 (진단명/치료기간 기재) • 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가 • 통원 일지별 병원 영수증 및 약국 영수증(처방전 포함)(※카드영수증 제외) • 재직증명서(해당 병원의 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받은 경우)	병원/약국

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

④ 비용손해 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
자동차사고 성형치료비(자가 용)	• 소견서 또는 진단서(성형수술 부위와 크기, 수술내용을 확인할 수 있어야 함)	병원
자동차사고 치아보철비용 (자가용)	• 소견서 또는 진단서	병원
강력범죄피해	• 사건사고사실확인원 • 진단서, 치료비명세서	경찰서 병원
가족일상생활 배상책임	• 합의서 • 사고경위서 • 사진 등 사고증명서류 • 견적서 또는 치료확인서류 • 피해자 신분증, 피보험자 주민등록 등본(필요시 가족관계 증명서 포함)	
민사소송 법률비용손해	• 소장 • 소송비용액 확정결정서 • 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 • 소송상 조정, 소송상 화해시 해당 조서	법원 법원 변호사

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

⑤ 재물손해 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

※ 재물손해는 보험목적물에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-3344/1600-3434)

⑥ 배상책임 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

※ 배상책임손해는 보험목적물에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-3344/1600-3434)

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
대인배상사고	- 진단서(진료확인서) - 초진진료기록지 - 치료비영수증 - 입퇴원 확인서(입원시)	병원

대물배상사고	• 피해물품의 사진 • 사고피해품의 구입영수증 • 수리견적서 • 수리비영수증 • 수리불가 확인서(수리 불가시) • 피해물 등록증(차량등록증, 건물 등기부 등본 등)	구입처/ 수리업자

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

IV 보험금 등 지급 시 적립이율 안내

1 승낙거절로 인한 제1회 보험료 반환

적립기간	적립이율
보험료를 받은 기간	계약체결 시점의 평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)

2 청약철회로 기납입보험료 반환

적립기간	적립이율
반환기일 ^{주)} 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)

주) 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3영업일

3 계약취소로 기납입보험료 반환

적립기간	적립이율
보험료를 받은 기간	보험계약대출이율

4 계약무효로 기납입보험료 반환 (회사의 고의·과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우)

적립기간	적립이율
보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율

5 보통약관 및 특별약관 보장보험금 (지급기일^{주)} 보험금을 지급하지 않은 경우)

적립기간	적립이율
지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4%)
지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6%)
지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8%)

주) 지급기일 : • 신체/비용손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
• 재물/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일

6 만기환급금

적립기간	적립이율		
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	1년이내	공시이율 의 50%
		1년초과	공시이율 의 40%
		회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우	공시이율
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율		

※ 순수보장형 상품의 경우 상기 공시이율은 평균공시이율을 말합니다.

7 해약환급금

적립기간	적립이율	
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과	공시이율의 40%
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

※ 순수보장형 상품의 경우 상기 공시이율은 평균공시이율을 말합니다.

- ◆ 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효^{주)}가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
주) 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ◆ 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

V 오인하기 쉬운 분쟁사례

모집질서 확립 안내

보험계약 체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌 받을 수 있습니다.

보험모집질서 위반행위신고센터	금융감독원 보험사기신고센터
- 전화 : 국번없이 1332 - 인터넷 : www.fss.or.kr	- 전화 : 국번없이 1332 - 인터넷 : insucop.fss.or.kr

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 우리 회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

롯데손해보험	금융감독원 금융민원센터
- 전화 : 1588-3344 1600-3434(고객센터) - 주소 : 서울시 중구 소월로3 - 인터넷 주소 : www.lotteins.co.kr	- 전화 : 국번없이 1332 - 인터넷 주소 : www.fcsc.kr
손해보험협회 보험상담소	한국소비자원 소비자상담센터
- 전화 : (02)3702-8500 - 인터넷 주소 : www.knia.or.kr	- 전화 : 국번없이 1372 - 인터넷 주소 : www.ccn.go.kr

[사례] 중간 직업 변경 시 추징금 발생

A씨는 고등학생(상해급수1급) 때 보험계약 가입 후 5년이 경과한 시점에서 합기도 사범(상해급수2급)으로 직업이 변경되어 보험료 변경과 함께 납입해야 할 추가정산금액(561,020원)이 발생하였다. 이에 A씨는 해당 추징금을 납입하는 것에 대해 이의를 제기하였다.



Q. 추가정산금액을 왜 지급해야 하는 건가요?

A. A씨와 동일 조건으로 가입한 다른 보험계약(단, 상해급수는 2급)과 A씨(상해급수1급)의 계약과의 보험료 변경시점에서의 계약자적립액 등의 차액을 추징하는 것으로, 해당 금액은 보험료 변경시점 이후의 보장을 하기 위해 필요한 금액입니다. 즉, 매 납입주기별로 납입하는 보험료 및 추가정산금액의 합계액이 보험료 변경시점 이후를 보장하기 위해 필요한 보험료가 됩니다(보험료 변경시점 이전의 보장에 대하여 소급해서 보험료를 추징하는 것이 아닙니다).

Q. 직업의 변경으로 상해급수의 상향조정 시에는 거꾸로 추가정산금액을 환급받을 수 있는건가요?

A. 네, 맞습니다. 위의 경우와 반대되는 경우로서, 추가정산금액을 계약자에게 환급하여 드립니다. 다만, 보험가입 후 경과기간이 오래되지 않은 계약의 경우 상해급수의 조정(상향 또는 하향)이 있더라도 추가정산금액이 발생하지 않을 수도 있습니다.

[사례] 암의 정의에 관한 사항

A씨는 지난 해 7월 조직검사 결과 위암으로 진단받았다. 그러나 종합검사결과 암은 유방암으로 시작돼 위로 암세포가 전이돼 위암이 발생한 것으로 나타났다. 이에 회사는 일반암(소액암제외)진단비Ⅱ 특별약관의 보험금 지급을 거절하였다.

Q. 왜 보험금이 지급되지 않은건가요?

A. 종합검사결과 최초의 암이 유방에서 시작된 것으로 밝혀졌다면 최초로 진단확정된 암은 유방암이므로 해당 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않습니다.

Q. 암진단비는 최초로 발견된 암 기준으로 지급하는 것이 아닌가요?

A. 아닙니다. 최초로 진단확정된 암 기준으로 보험금을 지급합니다. 따라서 최초로 발견된 암이 전이성 암인 경우에는 원발암을 최초로 진단확정된 암으로 보기 때문에 보험금을 지급하지 않습니다.

※ 유의사항

질병 종류별로 보장여부는 물론 보험금 지급 금액이 달라질 수 있습니다. 가입 후 보험사고가 났을 경우 약관에 의해 보상이 이루어지므로, 내용을 꼭 확인하시고 가입하세요.

[사례] 과거병력 고지의무 위반

A씨는 계약 체결 시 계약 전 알릴 의무 사항에 본인의 과거 치료이력을 체크하지 않아 계약이 해지되고, 보험금도 지급받지 못하였다. 이에 A씨는 회사의 조치는 부당하며 이의를 제기하였다.



당사는 장기보험 인수지침 상 계약 체결 3개월 이내에 치료력이 있는 자를 현증자로 분류하여 인수를 제한하고 있습니다. 더욱이 조사과정에서 민원인이 가입 전 다수 진단(진단: 요추부통증, 경추부통증, 견관절통증, 양측수지부통증 등)으로 장기간(45회) 치료받은 내역 및 계약체결 3개월 이내의 치료력(무릎관절증)이 확인되어, 이는 민원인이 고의 또는 중대한 과실로 고지의무를 위반한 것으로 판단됩니다.

계약 전 알릴 의무사항에 과거 치료이력에 대한 사실관계를 기재하지 않으면 보험금이 지급되지 않거나 보험계약이 해지될 수 있으므로, 반드시 기재하여야 합니다.

[사례] 하나의 사고로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

상해수술비 특별약관(가입금액 10만원)을 가입하고 있는 A씨는 지난 4월 자전거 사고로 ① 팔과 다리에 골절 등 상해를 동시에 입어 각 부위에 상해수술(내고정물 삽입)을 받았으며, ② 지난 10월에는 팔에 삽입되어 있는 내고정물을 제거하는 수술을 받았다. 이에 A씨는 세가지 수술(팔수술, 다리수술, 내고정물 제거수술) 각각에 대한 보험금 30만원을 회사에 청구하였으나 회사는 보험금 10만원을 지급하였다.

Q. 왜 팔과 다리의 수술에 대하여 각각의 보험금이 지급되지 않은 건가요?

A. 상해수술비 특별약관은 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만을 지급하게 되어 있어 팔과 다리 수술 중 하나의 보험금(10만원)을 지급하였습니다.

Q. 왜 팔에 삽입되어 있는 내고정물 제거수술에 대한 보험금은 지급되지 않은 건가요?

A. 상기에서 설명드린 바와 같이, 상해수술(내고정물 삽입술) 이후 이를 제거하기 위한 수술 역시 하나의 사고로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에 해당하여 보험금을 지급하지 않습니다.

Q. 상해수술비와 유사한 유형의 특별약관에는 어떤것들이 있나요?

A. 장기손해보험에서 판매하는 특정상해수술비 및 골절수술비 등과 같이 '하나의 사고로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에 하나의 보험금만을 지급'하는 특별약관이 이에 해당 합니다.

[사례] 수술의 정의에 관한 사항

상해수술비 특별약관을 가입하고 있는 A씨는 상해사고로 '턱의 열상' 등의 진단 하에 '창상봉합술'을 시행받았으나 회사는 보험금 지급을 거절하였다.

Q. 왜 보험금이 지급되지 않은건가요?

A. 약관에서 정의하고 있는 수술이라 함은 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 창상봉합술(일차봉합술, 단순봉합술)이란 외부의 물리적 자극 등으로 인하여 이미 절개되어 분리된 신체조직을 접근시켜 신선창(상처에 세균 감염 등이 없는 상처)을 피복하여 통증을 예방하고 출혈을 억제하는 의료행위로써 환부를 절제하거나 절단하는 등의 조작이 수반되지 않는 치료방법에 해당합니다. 따라서 창상봉합술은 상해수술비 특별약관에서 정의하고 있는 수술에 해당하지 않기 때문에 보험금을 지급하지 않습니다.

단, 변연절제가 포함된 창상봉합술의 경우 창상 변연에 있는 육아종 및 괴사조직을 절제한 후 근육을 봉합하거나 창상부위의 오염부위 등을 수술용 가위로 제거하는 실시방법(절제)을 포함하고 있어 보험금을 지급합니다.

Q. 상기 '창상봉합술'과 같이 수술의 정의에 해당하지 않는 치료의 종류는 어떤 것들이 있나요?

A. 주로 분쟁이 되는 치료행위는 아래와 같으며 해당 치료행위는 약관에서 규정한 수술의 정의에 해당하지 않으므로 수술비 보험금 지급이 되지 않습니다.

고주파열치료술, 고주파열응고술
바르톨린선 낭종 절개술
신경성형술, 경피적신경감압술
수핵용해술
경피적추간판성형술
흉터제거 레이저술
체외충격파쇄석술
절개, 배농 또는 도관삽입술
전기소작술
IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
추간판 관련 경막외 신경차단술

※ 위에 나열된 항목 외에는 약관에서 규정한 수술의 정의에 해당하는지 검토 후 보상여부가 결정됩니다.

Ⅵ 보험용어 해설

보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약 당사자	• 보험회사 : 보험사고 발생 시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사 • 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
보험계약 관계자	〈신체·비용손해 보장〉 • 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람 • 보험수익자 : 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람 • 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람 〈재물·배상책임손해 보장〉 • 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람 • 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람
보험료	• 보장보험료 = 보장부분순보험료 + 부가보험료 • 적립보험료 = 적립부분순보험료 + 부가보험료 • 보장부분순보험료 : 보험사고 발생 시 보험금 지급을 위한 보험료 • 적립부분순보험료 : 만기 시 환급금을 지급하기 위한 보험료 • 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 사업경비(계약체결비용, 계약관리 비용, 보험금 지급조사를 위한 손해조사비 등)를 위한 보험료 〈보장성 상품〉 • 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료 〈순수보장성 상품〉 • 보험료 = 보장보험료

	〈저축성 상품〉 • 보험료 = <u>기본보험료</u> + 추가적립보험료 = <u>보장보험료</u> + <u>적립보험료</u> + 추가적립보험료 • 기본보험료 : 보험계약에 의거하여 지급하여야 할 보험료로, 보장보험료와 적립보험료로 구성됨 • 추가적립보험료 : 적립보험료만 납입할 수 있음
보험목적	〈재물·배상책임손해 보장〉 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화
보험가액	〈재물·배상책임손해 보장〉 피보험 이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액
보험금	〈신체·비용손해 보장〉 피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액 〈재물·배상책임손해 보장〉 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일	계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
보험가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨
보험년도	보험계약일로부터 매 1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함
계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해약환급금	• 계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 계약자적립액에서 해약공제액을 차감한 금액 • 해약공제액 : 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 공제를 함. 다만, 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한번에 공제하게 되는데 이를 해약공제액이라 함
평균공시이율	회사별 공시이율의 평균을 의미하며, 보험업감독업무시행세칙에서 정한 방법에 따라 매년 산출함. 단, 계약이 체결되는 연도의 평균공시이율을 전보험기간에 걸쳐 적용

꼭! 알아두세요

1. 이 약관내용 중 특별약관은 보험증권에 명기된 것에 한하여 적용합니다.
2. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등 기재사항을 본인이 직접 정확하게 기재하셔야 하며, 내용을 충분히 확인하신 후 반드시 서명 날인하여야 합니다.
3. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려야 합니다.
4. 청약서를 기재하기 전에 보험금을 지급받을 수 있는 경우와 보험금을 지급받을 수 없는 경우를 꼭 확인하십시오.
5. 보험료를 내실 때에는 반드시 저희 회사가 발행한 보험료영수증을 받으시길 바랍니다.
6. 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려주시기 바랍니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해, 질병 또는 피보험자가 입은 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람 또는 만기환급금 지급시기에 회사에 만기환급금을 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 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 및 보상 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. 장애 : <별표2> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- 라. 보험가입금액 : 회사와 계약자 간에 약정한 금액으로 보험사고 발생 시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액을 말합니다.
- 마. 자기부담금 : (비용손해 관련 보장) 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- 바. 보험금분담 : (비용손해 관련 보장) 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다.)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

사. 대위권 : (비용손해 관련 보장) 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.

나. 보장부분 적용이율 : 보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.

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

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

마. 보험계약대출이율 : 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용합니다.

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'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보장보험료 : 보험금 지급을 위해 필요한 보험료를 말합니다.

나. 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

다. 보험료 : 보장보험료와 적립보험료를 합한 것을 말합니다. 단, 순수보장성으로 운영하는 계약의 경우 보험료는 보장보험료로만 구성됩니다.



< 연단위 복리 계산 예시 >

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

⇒ 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원

⇒ 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

< 보험료의 구성 >

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생 시 보험금 지급을 위한 '보장부분순보험료', 만기 시 환급금을 지급하기 위한 '적립부분순보험료', 보험회사의 사업경비(계약체결 비용, 계약관리비용 등)를 위한 '부가보험료'로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료^{주1)} + 적립보험료^{주2)}

주) 1. 보장보험료 = 보장부분순보험료 + 부가보험료

2. 적립보험료 = 적립부분순보험료 + 부가보험료

3. 순수보장성으로 운영하는 계약의 경우 보험료는 보장보험료로만 구성됨

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 약관의 보험가입금액을 상해사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)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.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

제5조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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.

제6조(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 보험

금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금 지급사유의 통지)

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

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 입원치료확인서, 의사 처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일

이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우



〈 분쟁조정 신청 〉

분쟁조정 신청은 이 약관의 '분쟁의 조정' 조항에 따라 금융감독원에 신청할 수 있습니다.

- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 〈별표1〉 '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 제19조(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 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 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.

제10조(공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 적립부분 계약자적립액 계산 시 적용되는 이율은 매월1일 회사가 정한 보장공시이율V(이하 '공시이율'이라 합니다)로 합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 정합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.



〈 공시이율 〉

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

공시이율은 적립부분순보험료 적립 시 적용하는 이율로써 만기환급금에 영향을 주게 됩니다. 공시이율이 높아지면 만기환급금은 많아지고, 공시이율이 낮아지면 만기환급금은 적어집니다.

〈 최저보증이율 〉

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율이 0.25%일지라도 계약자적립액은 공시이율(0.25%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

〈 운용자산이익률 〉

이 보험의 사업방법서에 따라 직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출합니다.

〈 외부지표금리 〉

이 보험의 사업방법서에 따라 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출합니다.

제11조(중도인출금)

이 계약에서 정한 중도인출금은 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)계약에 한하여 적용합니다. 계약자는 아래와 같이 중도인출금을 보험기간 중에 인출할 수 있습니다.

조	건	인출일 현재 계약자가 보험료를 정상적으로 납입하고 계약이 계약체결일로부터 만 1년 이상 유효하게 유지된 경우			
인	출	한	도	'보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산된 계약자가 요청한 시점의 보통약관의 해약환급금과 적립부분 해약환급금 중 적은 금액(보험계약대출금이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 한도	
인	출	가	능	수	매 보험년도마다 1회에 한함



〈 보험년도 〉

계약일부터 매1년 단위의 연도(당해년도 계약해당일부터 다음년도 계약해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 계약일이 2022년 10월 15일인 경우 보험년도는 10월 15일부터 다음년도 10월 14일까지 1년입니다.

〈 중도인출금의 한도 예시 〉

- 중도인출 시점에 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 의해 산출된 보통약관 해약환급금이 90만원, 적립부분 해약환급금이 100만원인 경우
⇒ 중도인출 가능 금액 = $\text{Min}(90\text{만원}, 100\text{만원}) \times 80\% = 72\text{만원}$
- 중도인출 시점에 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 의해 산출된 보통약관 해약환급금이 90만원, 적립부분 해약환급금이 100만원, 기신청한 대출금(원리금 합계액) 30만원이 있는 경우
⇒ 중도인출 가능 금액 = $\{ \text{Min}(100\text{만원}, 90\text{만원}) - 30\text{만원} \} \times 80\% = 48\text{만원}$

〈 중도인출 시 환급금 〉

중도인출 시에는 만기환급금 또는 해약환급금에서 인출금액과 함께 인출금액에 붙었을 이자만큼 차감되므로 순수 인출금액 이상으로 환급금이 감소합니다.

제12조(만기환급금의 지급)

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 만기환급금(보험계약대출금이 있을 경우에는 그 원리금을 차감한 금액을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 순수보장성으로 운영하는 계약의 경우 만기환급금이 없습니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경

우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

- ③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급 일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.



< 만기환급금 계산에 관한 사항 >

보험기간 중 지급된 중도인출금 등이 있는 경우에는 해당 금액을 발생 당시에 차감한 후 공시이율로 만기 시까지 적립한 금액을 만기환급금으로 합니다.

제13조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 보험금의 지급사유에서 정한 나누어 지급하는 보험금에 대해서 일시에 지급하는 경우에 한해 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.

제14조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 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.

제15조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제12조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 사망보험금 이외의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.



〈 법정상속인 〉

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속 받는 자를 말합니다.

제16조(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 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.



〈 연대 〉

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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제17조(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 알릴 의무'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.



〈 계약 전 알릴 의무 이행 절차 〉

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필 서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음으로 대체합니다).

〈 계약 전 알릴 의무 위반 사례 〉

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

〈 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 〉

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

제18조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

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



〈 직업 〉

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

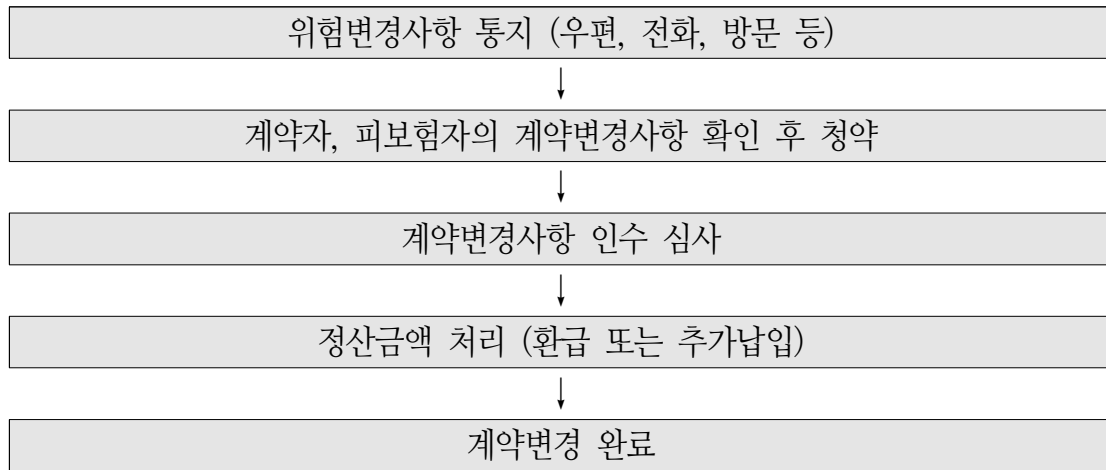
〈 직무 〉

직책이나 직업 상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제25조(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 지급사유에 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 보험가입금액 : 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.



〈 위험변경 시 해약환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제19조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제18조(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 경우에 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 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 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제40조(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 제18조(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 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 적용합니다(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 하여 적용합니다).

제20조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제21조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신

형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 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 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제22조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 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(65세 이상 계약자가 전화를 이용하여 가입한 통신판매계약의 경우에는 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 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.

제23조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 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 자필서명을 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 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.



〈 통신판매계약 〉

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

〈 자필서명 〉

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

〈 법정상속인 〉

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속받는자를 말합니다.

〈 약관의 중요한 내용 〉

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명 의무), 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제13조(설명 의무) 및 금융소비자 보호에 관한 감독규정 제12조(설명 의무)에 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 자동갱신의조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

제24조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 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.



〈 심신상실자(心神喪失者) 〉

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(心神薄弱者) 〉

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 법률행위는 취소할 수 있습니다.

제25조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형) 및 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보상한도액, 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 있는 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 보험가입금액 또는 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제40조(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.



〈 해약환급금 정산 〉

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

〈 보험가입금액 등의 감액 시 환급금 〉

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입 시 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제26조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 만OO세로 규정한 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 제2항의 계약해당일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



〈 보험나이 계산 예시 〉

생년월일 : 1991년 10월 2일, 현재(계약일) : 2022년 4월 13일
 ⇒ 2022년 4월 13일 - 1991년 10월 2일
 = 30년 6월 11일 = 31세

〈 계약해당일이 존재하지 않는 경우 보험나이 계산 예시 〉

최초계약일 : 2020년 2월 29일, 보험나이 40세
 ⇒ 2022년 2월 28일, 보험나이 42세
 ⇒ 2024년 2월 29일, 보험나이 44세

제27조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 제3조(보험금의 지급사유)의 보장 에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 이외에 피보험자가 이 계약에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제 5 관 보험료의 납입

제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제17조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제19조(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.



〈 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.

제29조(제2회 이후 보험료의 납입)

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



〈 납입기일 〉

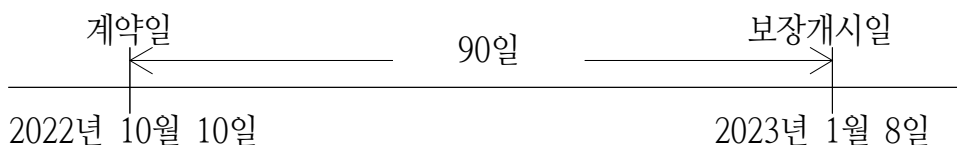
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제30조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다. 단, 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 유효하지 않은 보장의 보장보험료는 제외합니다.
 1. 보험료 납입기간 중 제2항에서 정한 보장개시일 이후 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형/비갱신형) 제3조(일반암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '일반암'으로 진단확정되었을 경우
 2. 보험료 납입기간 중 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형/비갱신형) 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 '뇌졸중'으로 진단확정되었을 경우
 3. 보험료 납입기간 중 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형/비갱신형) 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 '급성심근경색증'으로 진단확정되었을 경우
- ② 제1항 제1호의 일반암에 대한 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



〈 보장개시일 [예시] 〉



- ③ 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 해지될 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

제31조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제21조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였을 경우 보장이 제외되는 질병으로 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제해주지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입이 면제됩니다.
- ③ 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 제30조(보험료의 납입면제) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 '일반암'과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 보장개시일 전일 이전에 '일반암'으로 진단확정 받더라도 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '일반암'으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보험료의 납입을 면제합니다.
- ④ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 및 제3항의 '보장개시일 이후 5년이 지나는 동안'이라함은 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항 및 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 계약자 또는 피보험자가 회사와 제30조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 피보험자가 회사와 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보장보험료 납입면제의 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 제30조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료의 납입면제가 된 경우에는 차회 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.

제32조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동

대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제41조(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 규정에도 불구하고 다음 제1호의 금액이 제2호의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
 1. 제1항의 규정에 의한 대출금과 이자를 더한 금액
다만, 이자는 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율을 적용하여 계산합니다.
 2. 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제40조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 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 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제40조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



〈 납입최고(독촉)기간 〉

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

제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제33조[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 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약), 제21조(보험계약의 성립) 및 제28조(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 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제19조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제35조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납 처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



〈 강제집행 〉

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

〈 담보권실행 〉

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

〈 법정상속인 〉

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속 받는자를 말합니다.

〈 국세 및 지방세 체납처분 절차 〉

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

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

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

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제40조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제24조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제40조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제40조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제38조(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 제40조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제39조(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 금융소비자 보호에 관한 법률 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
 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 제40조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제40조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 다만, 보험계약대출금이 있을 경우에는 그 원리금을 빼고 지급합니다.
 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> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
 ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
 ④ 제39조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 해약환급금 미지급형Ⅱ(3종, 5종, 9종, 11종, 15종, 17종)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 일반형(4종, 6종, 10종, 12종, 16종, 18종) 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. 해약환급금 미지급형Ⅱ(3종, 5종, 9종, 11종, 15종, 17종)의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 일반형(4종, 6종, 10종, 12종, 16종, 18종)의 보장부분 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 3-1. 해약환급금 미지급형Ⅱ(3종, 5종, 9종, 11종, 15종, 17종)의 보통약관 및 비갱신형은 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 각각 일반형(4종, 6종, 10종, 12종, 16종, 18종) 보장부분 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다.
- 3-2. 「3-1」에도 불구하고 해약환급금 미지급형Ⅱ(3종, 5종, 9종, 11종, 15종, 17종)의 아래의 특별약관은 보험기간 중 계약이 해지될 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.
 - 1) 갱신형 특별약관
 - 2) 보험료납입지원(갑상선암·기타피부암·유사암진단)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관
4. 회사는 해약환급금 미지급형Ⅱ(3종, 5종, 9종, 11종, 15종, 17종) 가입 시 각각 일반형(4종, 6종, 10종, 12종, 16종, 18종)의 보장보험료 및 보장부분 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제41조(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 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제42조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 7 관 보험계약의 자동갱신 등

※ 「제7관 보험계약의 자동갱신 등」은 갱신형으로 가입한 경우에만 적용합니다.

제43조(보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 계약의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다.
- ② 이 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 계약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 '갱신전계약'이라 합니다)과 동일한 내용으로 이 계약의 만기일(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 제1항에도 불구하고 갱신 시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 적립보험료는 최초계약의 만기일까지만 유지되며, 갱신후계약의 경우 순수보장성으로 운영합니다.



< 갱신계약의 갱신 보험기간 예시 >

45세의 피보험자가 10년 갱신으로 100세까지 갱신하는 경우

→ 갱신 시점의 피보험자 나이 : 55세, 65세, … , 85세, 95세

→ 95세 갱신 시점에서는 100세 갱신종료 시까지의 잔여보험기간이 10년보다 작아 5년 만기로 갱신합니다.

제44조[갱신계약 제1회 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제]

- ① 계약자는 갱신계약의 보험료를 보험기간 동안 계속 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 경우 보통약관 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제]에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 계약을 해제합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 차감할 수 있습니다.



〈 갱신계약의 보험료 예시 〉

(단위 : 원)

구 분	...	40세	...	50세	...	60세	...	70세	...
최초가입 시 보험료	...	4,000	...	6,000	...	8,000	...	10,000	...
첫번째 갱신시점의 보험료	...	4,400	...	6,600	...	8,800	...	11,000	...
두번째 갱신시점의 보험료	...	6,100	...	8,300	...	10,600	...	13,000	...

주) 보험료는 일정주기별료(예 : 매년) 재산출됩니다.

40세의 피보험자가 10년 만기로 갱신하는 경우

→ 최초가입 시 납입할 보험료는 가입시점의 40세 보험료인 4,000원입니다.

→ 첫번째 도래하는 갱신계약의 보험료는 갱신 시점의 50세 보험료인 6,600원입니다.

→ 두번째 도래하는 갱신계약의 보험료는 갱신 시점의 60세 보험료인 10,600원입니다.

※ 상기 예시와 같이 갱신 시 보험료에는 피보험자의 나이증가로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 변동분이 함께 반영이 됩니다.

제45조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 계약이 갱신되는 경우 최초 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 갱신후계약의 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 안내하여 드립니다.

제 8 관 분쟁의 조정 등

제46조(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 포함한)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 금융소비자 보호에 관한 법률 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정

절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제47조(관할법원)

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

제48조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제49조(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.

제50조(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 서류 등을 말합니다.

제51조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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 〉

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제52조(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.

제53조(준거법)

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

제54조(예금보험에 의한 지급보장)

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



〈 예금자보호제도 〉

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 보험계약자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

1. 상해 관련 특별약관

1-1. 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

1-2. 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

1-3. 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-4. 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된

특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

1-5. 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-6. 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된

특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

1-7. 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

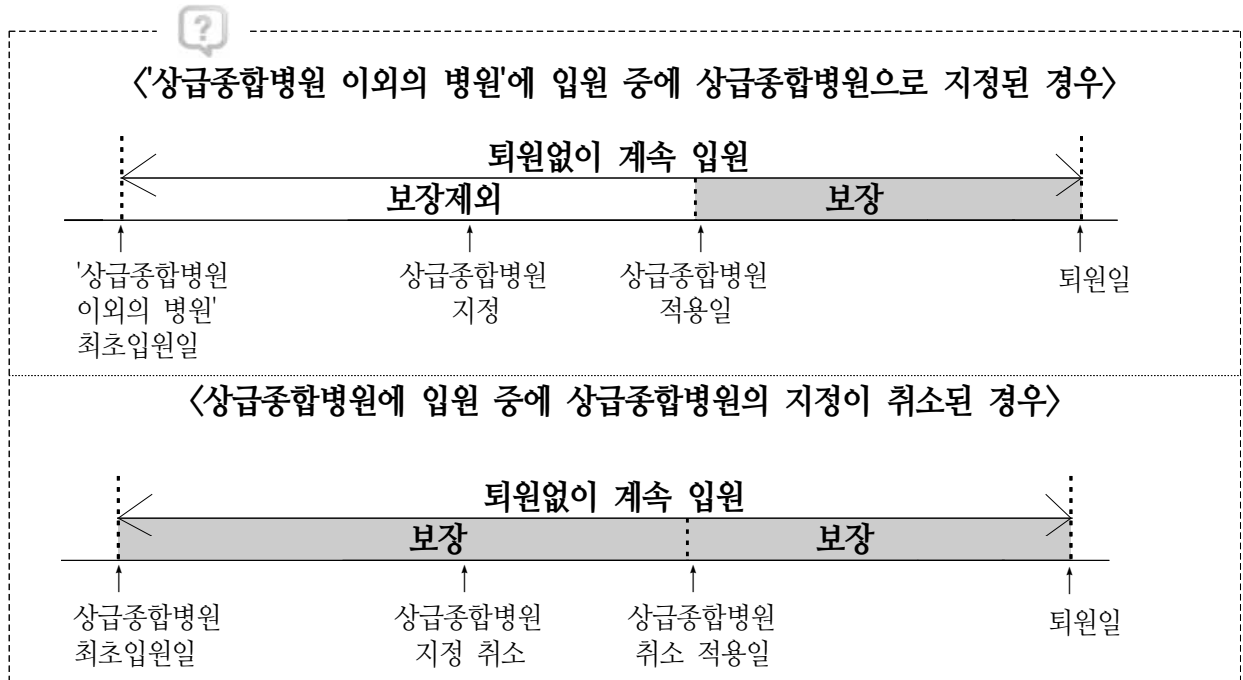
1-8. 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 상급종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원으로 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원으로 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.



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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나

- 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
 - ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
 - ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
 - ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
 - ⑦ 제4항에 따라 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-9. 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-10. 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원상해입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원으로 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-11. 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-12. 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 상급종합병원의 1인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원상해입원비(1인실)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원상해입원비(1인실)의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 상급종합병원의 1인실에서 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실'로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 '상급종합병원 이외 병원의 1인실'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

1. 법령의 개정 등에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정 등에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

1-13. 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-14. 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 종합병원의 1인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원상해입원비(1인실)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원상해입원비(1인실)의 지급일수 및 지급한도는 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에서 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 '종합병원의 1인실 이외의 병실'에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원의 1인실 이외의 병실'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '종합병원 이외 병원의 1인실'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원으로 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 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”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-15. 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-16. 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실,

오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ

(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제 되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외함]을 따릅니다.

1-17. 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-18. 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 보험금을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실,

오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ

(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제 되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

1-19. 상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-20. 상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 수술을 받은 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간관 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공 수정을 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(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

1-21. 상급종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-22. 상급종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원상해수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.



[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 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 회사는 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.
- 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(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공 수정을 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(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청

구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-23. 종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-24. 종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원상해수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직

접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.

- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간관 관련 경막외 신경차단술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임 수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공 수정을 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(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 봄

니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :
가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-25. 상해입원수술비(당일입원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-26. 상해입원수술비(당일입원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 퇴원없이 계속 2일이상 입원하여 수술을 받은 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원수술비(당일입원제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해입원수술을 받거나 같은 종류의 상해입원수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(입원 등의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공 수정을 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(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의

- 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-27. 상해통원수술비(당일입원포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-28. 상해통원수술비(당일입원포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해통원수술비(당일입원포함)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해통원수술을 받거나 같은 종류의 상해통원수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(입원 및 통원 등의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관(이하 '병원'이라 합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공 수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외

모개선 목적의 치료를 위한 수술

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-29. 상해수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-30. 상해수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 상해수술비(1~8종)(시술포함)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술 및 시술 코드당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구 분		지 급 금 액
상해수술비 (1~8종) (시술포함)	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술시	상해수술(1종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술시	상해수술(2종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술시	상해수술(3종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술시	상해수술(4종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술시	상해수술(5종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술시	상해수술(6종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술시	상해수술(7종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	상해로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술시	상해수술(8종)(시술포함) 보장의 보험가입금액

주) '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.

- ② 제1항에서 '연간'이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(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 수술 및 시술 코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여된 경우에는 수술 및 시술종류가 높은 하나의 수술 및 시술 코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지

급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.



〈 높은 종류의 수술 및 시술 보험금지급 예시 〉

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 〈별표23〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

예를 들어, 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(시술 포함)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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해 1~8종 수술비(시술 포함)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 수술 및 시술 코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.



〈 '국민건강보험법' 또는 '의료급여법'을 적용받지 못하는 사고로 인한 보험금지급 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(시술 포함)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 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제5항의 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ '단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)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 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술 및 시술 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술 및 시술 코드'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)'분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)'중 회사가 정한 코드를 말합니다.



< KDRG(Korean Diagnosis Related Group) >

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 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 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

< 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) >

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- ③ 제2항의 '수술 및 시술 코드'에서 향후 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술 및 시술 코드'가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 '수술 및 시술 코드'를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술 및 시술 코드를 결정합니다.



〈 수술 및 시술 코드가 변경되는 경우 보험금 지급 예시 〉

회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 'KDRG'기준에 적용합니다. 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술 코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

예를 들어, 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술 코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술 코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 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'(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

분류항목	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

주) '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

2. 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 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 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'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.



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등]
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

급여수가코드는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)'에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

1-31. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관(갱신형)

1-32. 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(〈별표18〉 '골절(치아파절제외) 분류표'에서 정하는 골절을 말하며, 이하 '골절'이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금은 매 상해시마다 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-33. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관(갱신형)

1-34. 골절진단비(치아파절포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(〈별표19〉 '골절 분류표'에서 정하는 골절을 말하며, 이하 '골절'이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금은 매 상해시마다 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-35. 골절수술비 특별약관(갱신형)

1-36. 골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(〈별표19〉 '골절 분류표'에서 정하는 골절을 말하며, 이하 '골절'이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-37. 화상진단비 특별약관(갱신형)

1-38. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상(〈별표20〉 '화상 분류표'에서 정하는 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다. 이하 '화상'이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험금은 매 상해시마다 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 상해로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-39. 화상수술비 특별약관(갱신형)

1-40. 화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상(〈별표20〉 '화상 분류표'에서 정하는 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다. 이하 '화상'이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 1 사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-41. 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

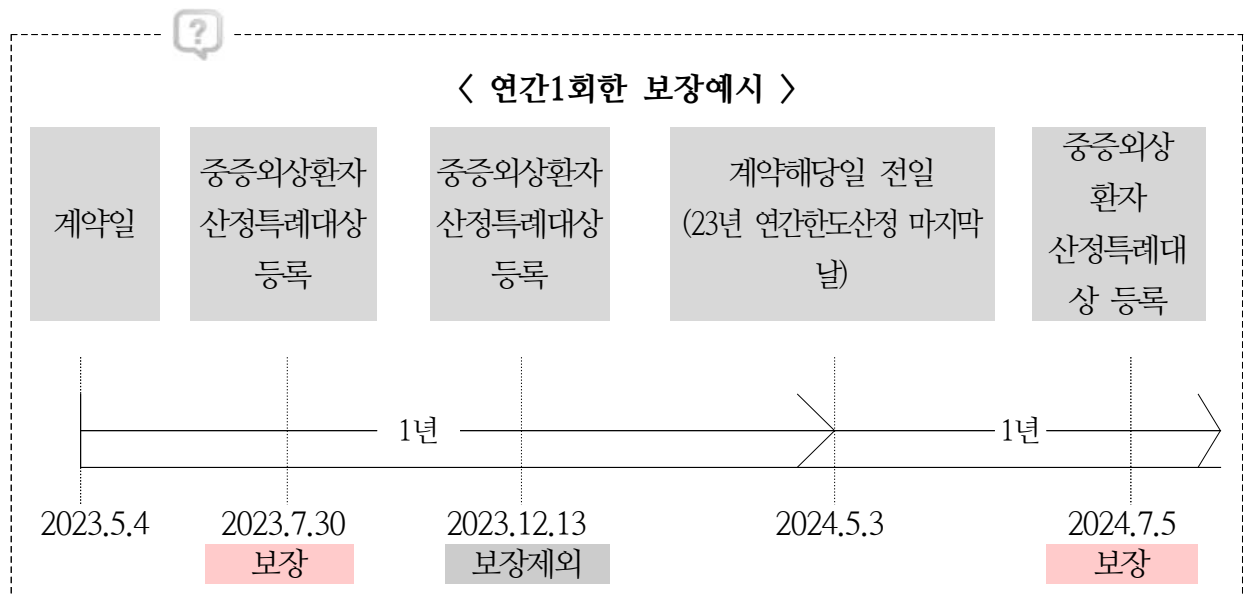
1-42. 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해로 인해 제3조(중증외상환자 산정특례대상의 정의)에서 정한 '중증외상환자 산정특례대상'으로 보험기간 중에 등록된 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상환자 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 상해로 '중증외상환자 산정특례대상'으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.



- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증외상환자 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증외상환자 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '중증외상환자 산정특례대상'이라 함은 <별표35> '중증외상환자 산정특

례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



〈 본인일부부담금 산정특례제도 〉

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

〈 중증외상환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 〉

중증외상환자 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상환자 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증외상환자 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제도의 변경으로 '중증외상환자 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사

는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약 내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 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 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(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), 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ

(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-43. 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-44. 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해로 인해 제4조(중증화상환자 산정특례대상의 정의)에서 정한 '중증화상환자 산정특례대상'으로 보험기간 중에 신규등록된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상환자 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증화상환자 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '신규등록'이라 함은 보험기간 중에 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시) 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시) 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.



〈 중증화상환자 산정특례 재등록 〉

법령에서 정한 중증화상환자 산정특례기간(1년) 종료 후 2년 이내에 〈중증화상〉의 수술을 받는 경우(V306 제외)에는 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제4조(중증화상환자 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '중증화상환자 산정특례대상'이라 함은 〈별표36〉 '중증화상환자 산정특례대상 분류표'에서 정한 중증화상으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상환자 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서

정한 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



〈 본인일부부담금 산정특례제도 〉

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

〈 중증화상환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 〉

중증화상환자 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증화상환자로 확진한 경우 '건강보험 산정특례등록신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다. 중증화상환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 1년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증화상환자 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제도의 변경으로 '중증화상환자 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는

다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 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 포함함)

다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제7조(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, 산정 특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-45. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관(갱신형)

1-46. 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 자가용 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고의 직접적인 결과로 인하여 외형상의 반흔이나 추상(추한 모습)장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 1사고당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고성형치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 미용을 위한 성형수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '자동차'라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '자동차를 운전하던 중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 피보험자가 같은 사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 2. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
 3. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독
립
특
별
약관

제
도
성
특
별
약관

별
표

1-47. 자동차사고치아보철비용(자가용) 특별약관(갱신형)

1-48. 자동차사고치아보철비용(자가용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 자동차사고로 인한 상해의 직접결과로써 치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우 치아 1개당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차사고치아보철지원금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '자동차사고'라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.
 1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
 2. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
 3. 피보험자가 운행 중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 '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)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '자동차를 운전하던 중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '치아보철치료가 필요하다고 진단받은 경우'라 함은 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 <별표3> '자동차사고 부상 등급표' 중 5급 32항, 6급 31항, 7급 26항, 8급 25항, 9급 19항, 10급 9항, 11급 5항, 12급 7항, 13급 4항, 14급 4항에 해당되는 경우를 말합니다.



< 치아보철치료 >

치아의 일부분이 없어지거나 기능을 상실했을 때 치아를 대체하여 주는 치료방법으로 크라운, 브릿지, 완전의치 및 임플란트 등을 말합니다.

- 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 사고
 2. 하역작업을 하는 동안 발생한 사고
 3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 사고
 5. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청

구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 일상생활 중
에서 아래에 정한 강력범죄사고로 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구
는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니
다)에 피해가 발생하였을 경우 사고1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을
강력범죄보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 제1호의 살인,
제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에
는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보험금을 지급합니
다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못
할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니
다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험
금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 보통약관 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류
 2. 경찰서사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
 3. 의사진단서 등

- ② 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

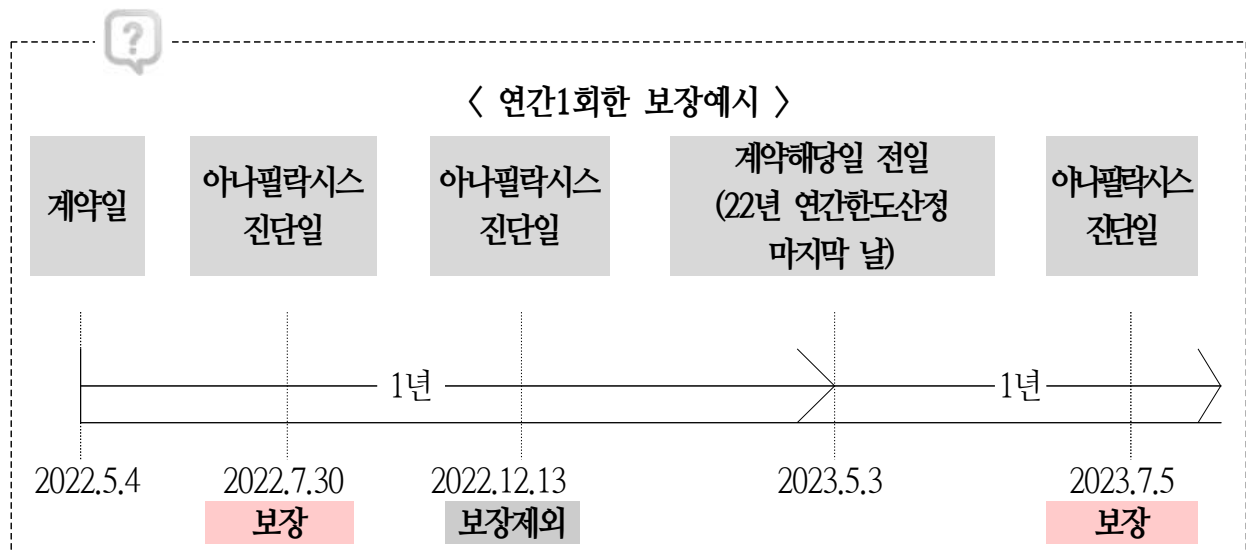
1-51. 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아나필락시스(anaphylaxis)(이하 '아나필락시스'라 합니다)로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 아나필락시스진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.



- ② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 상병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 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(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '아나필락시스'라 함은 <별표15> '아나필락시스 분류표'에서 정한 상병을 말합니다.
- ② 제1항의 아나필락시스의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유

발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 '아나필락시스'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.



〈 아나필락시스 〉

주로 항원-IgE항체 면역반응이 원인이 되어 발생하는 급격한 전신 알레르기 반응을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 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



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(아나필락시스쇼크 진단확인서, 아나필락시스쇼크 진료기록부 사본, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-52. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
1-53. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래 정한 금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



< 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일) 계산예시 >

- 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 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일) 지급금액

: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하

는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.



〈 간호인의 주요업무 예시 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간

편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-54. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-55. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관 보험가입금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는

자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 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.

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱

신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-56. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-57. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서

류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계

약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-58. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
1-59. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래 정한 금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

2. 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.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



< 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일) 계산예시 >

- 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 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일) 지급금액

: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하

는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.



〈 간호인의 주요업무 예시 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간

편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-60. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-61. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관 보험가입금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는

자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 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.

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱

신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-62. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-63. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서

류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계

약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-64. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
1-65. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래 정한 금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

2. 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.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



< 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일) 계산예시 >

- 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 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일) 지급금액

: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하

는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.



〈 간호인의 주요업무 예시 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간

편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-66. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-67. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관 보험가입금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는

자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 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.

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱

신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-68. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-69. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서

류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계

약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-70. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-71. 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래 정한 금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

2. 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.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



< 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일) 계산예시 >

- 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 13일 사용
 - : 총 사용일수 4일, 총사용금액 44만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 4일 = 8만원 지급
 - 2022년 4월 20일 ~ 4월 21일 사용
 - : 총 사용일수 2일, 총 사용금액 12만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 2일 = 2만원 지급
- ⇒ 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일) 지급금액

: 간병인 사용일수 6일, 보험금 8만원 + 2만원 = 10만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하

는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.



〈 간호인의 주요업무 예시 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간

편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-72. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-73. 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관 보험가입금액을 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는

자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 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.

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱

신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-74. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

1-75. 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서

류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계

약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-76. 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
1-77. 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 그 치료를 목적으로 '창상봉합술(3/5cm이상,급여)'을 받은 경우 1일 1회, 연간 3회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(3/5cm이상,급여)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	창상봉합술(안면/경부)	창상봉합술(안면/경부 외)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것



< 안면/경부 >

이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴 부분을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(창상봉합술(3/5cm이상,급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '창상봉합술(3/5cm이상,급여)'이라 함은 <별표40> '창상봉합술 대상 수가코드'에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ② 제1항의 '창상봉합술(3/5cm이상,급여)'는 '의사'에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 '의사'의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)' 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

- 1-78. 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)
- 1-79. 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 '창상봉합술(안면/경부,3cm이상,급여)'을 받은 경우 1일 1회, 연간 3회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(안면/경부,3cm이상,급여)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	창상봉합술(안면/경부)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것



< 안면/경부 >

이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴 부분을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(창상봉합술(안면/경부,3cm이상,급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '창상봉합술(안면/경부,3cm이상,급여)'이라 함은 <별표41> '창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드'에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ② 제1항의 '창상봉합술(안면/경부,3cm이상,급여)'는 '의사'에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 '의사'의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수'의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여

상대가치점수' 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

1-80. 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
1-81. 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 '창상봉합술(3/5cm미만,급여)'을 받은 경우 1일 1회, 연간 3회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(3/5cm미만,급여)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	창상봉합술(안면/경부)	창상봉합술(안면/경부 외)
지급기준	표재성 3cm 미만	표재성 5cm 미만

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(창상봉합술(3/5cm미만,급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '창상봉합술(3/5cm미만,급여)'이라 함은 <별표42> '창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드'에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ② 제1항의 '창상봉합술(3/5cm미만,급여)'는 '의사'에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 '의사'의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사

유)를 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구

하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

2. 질병 관련 특별약관

2-1. 질병사망(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

2-2. 질병사망(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 질병사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

질병사망(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

질병사망(간편맞춤형 II) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 사망 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 사망 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험료의 납입면제)

- 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제4조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조

(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-3. 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-4. 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

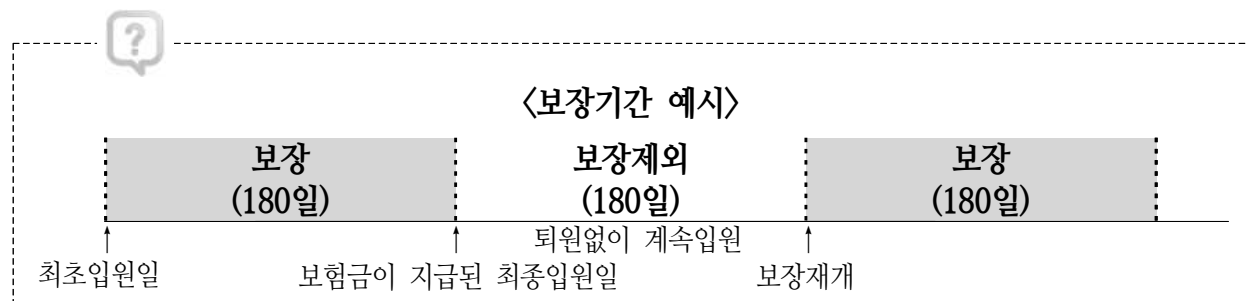
질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도

퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

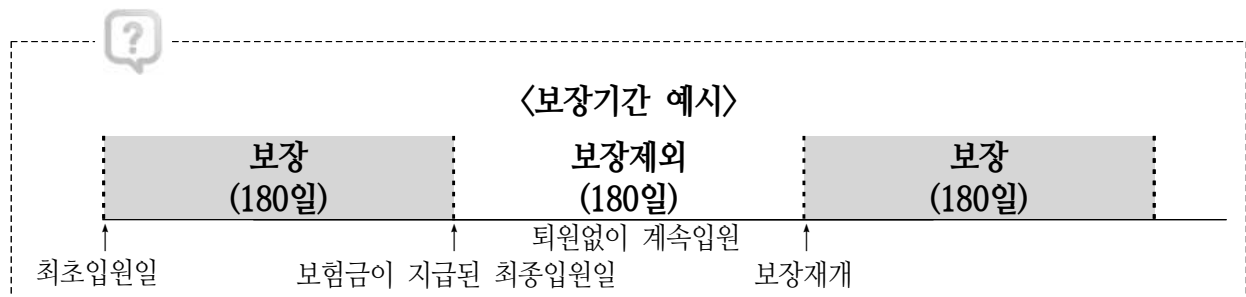
질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원 기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료

납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-5. 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-6. 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

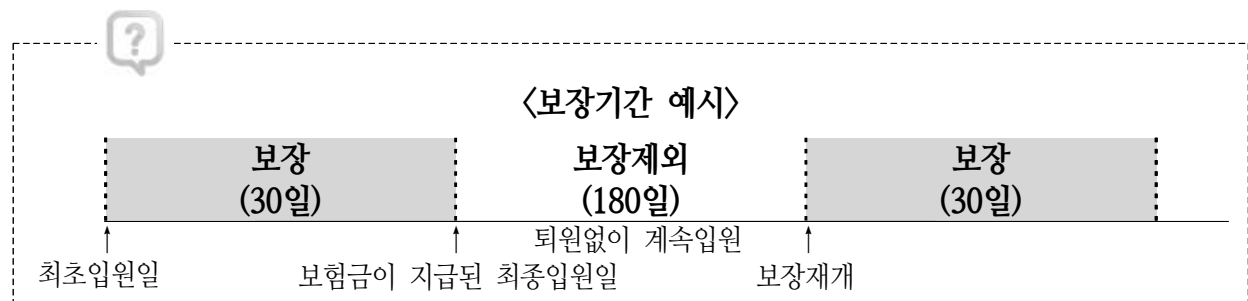
질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도

퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- 3. 성병
- 4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- 7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

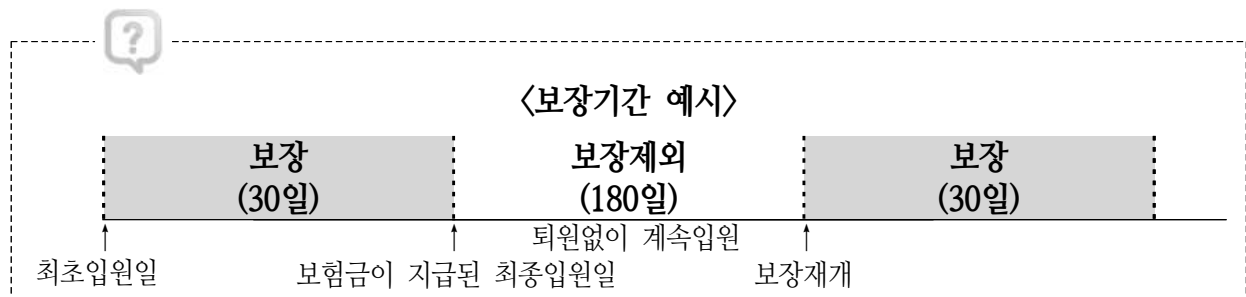
질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원 기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- 3. 성병
- 4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- 7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료

납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-7. 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-8. 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

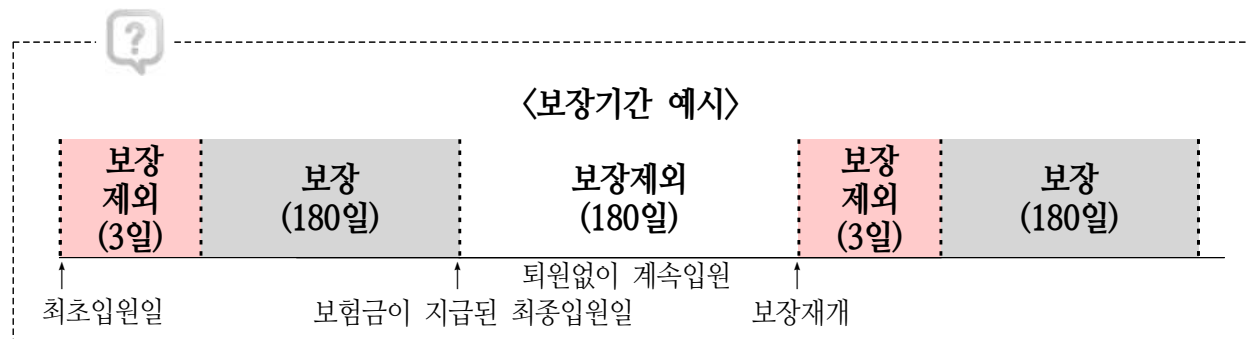
질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 4일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 4일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수의자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

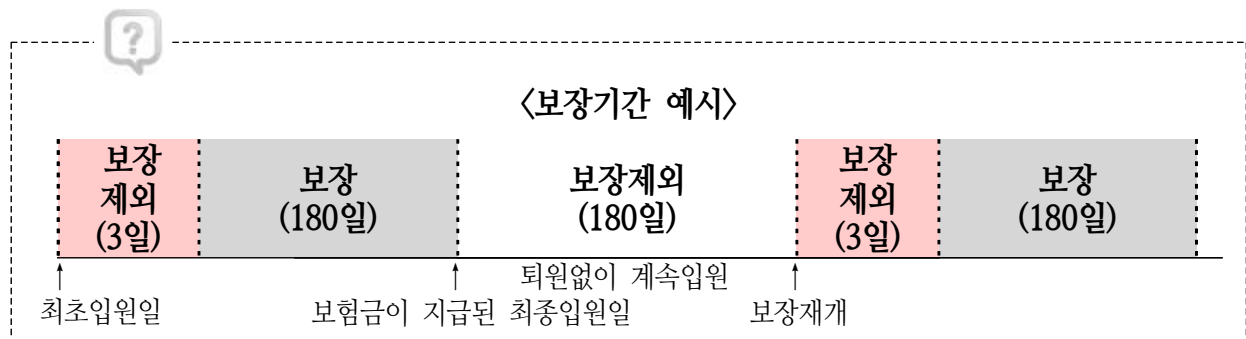
질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 4일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 4일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-9. 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
2-10. 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래 정한 금액을 상급종합병원질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

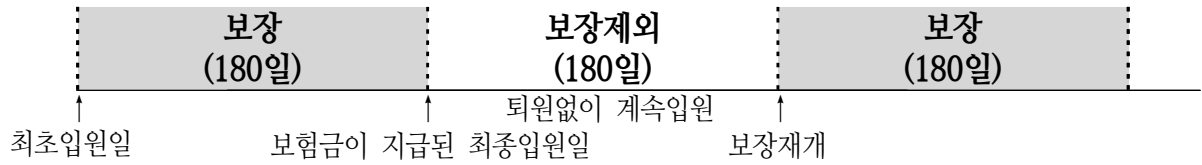
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



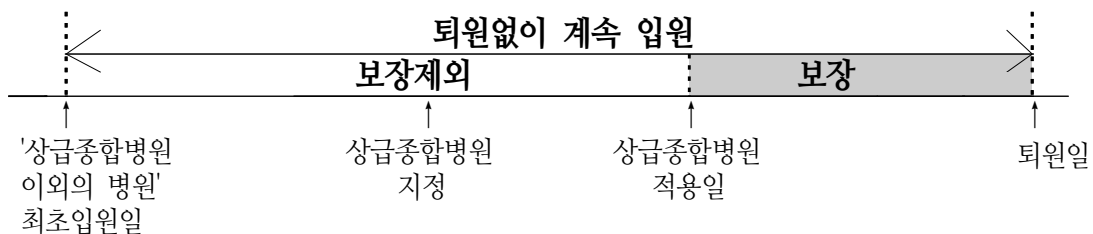
〈보장기간 예시〉



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

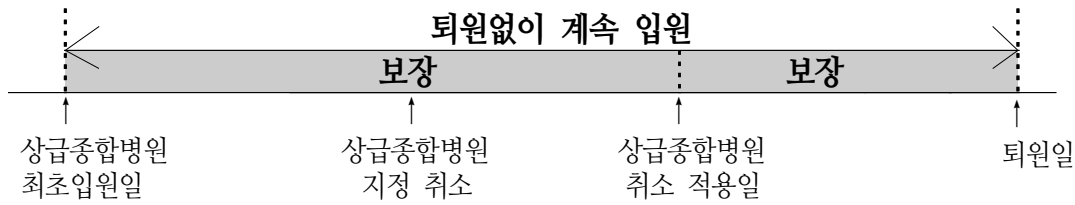


〈상급종합병원 이외의 병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우〉





〈상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우〉



- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 함)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 상급종합병원질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

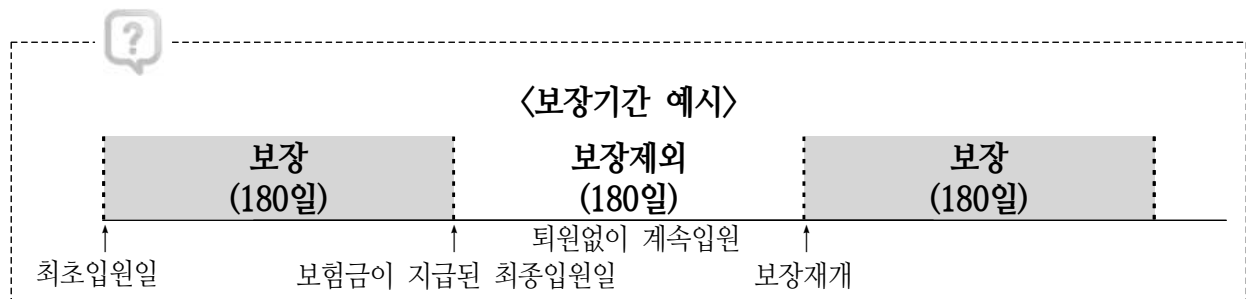
상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

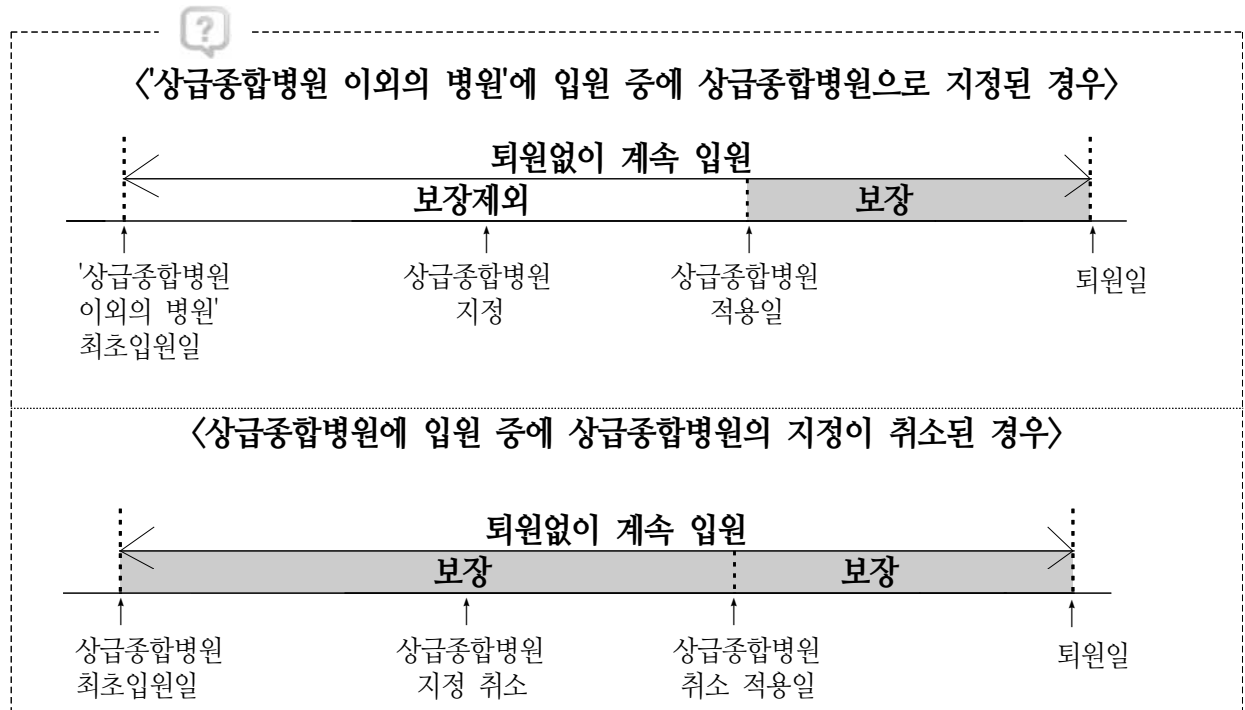
- 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지

급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만인 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상인 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.



- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편

등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-11. 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-12. 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 종합병원질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

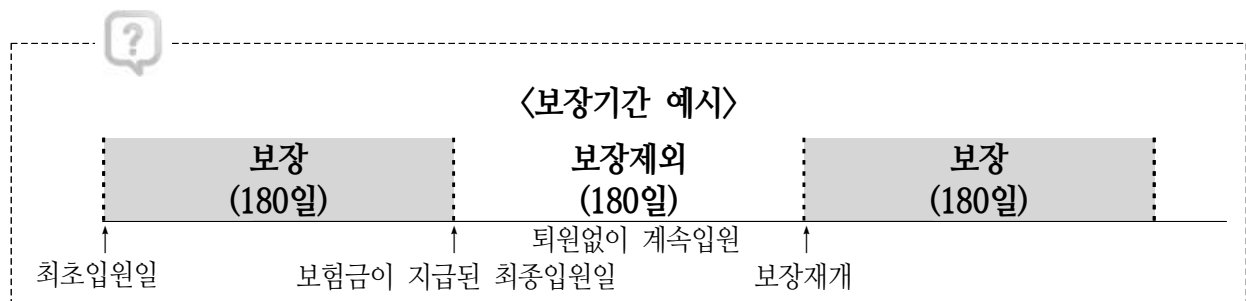
종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었

을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원으로 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 종합병원질병입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

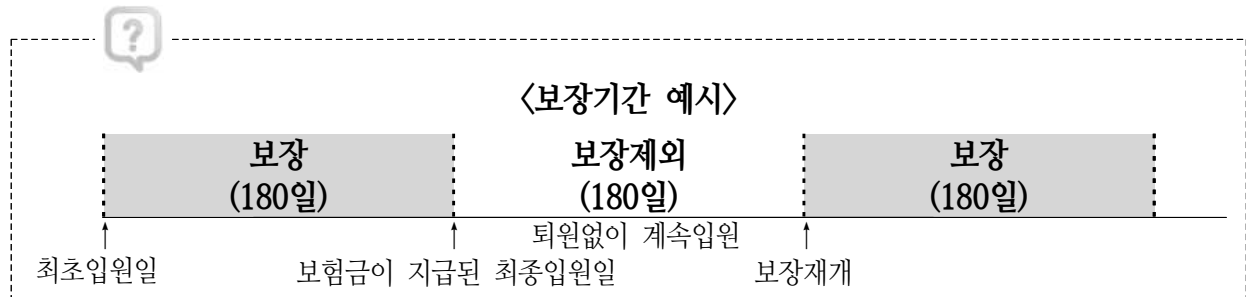
종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원으로 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 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”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-13. 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-14. 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 1인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 상급종합병원질병입원비(1인실)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

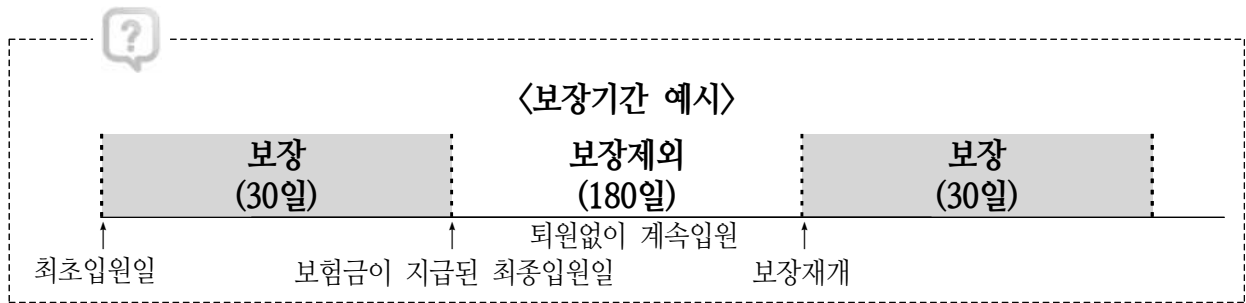
상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

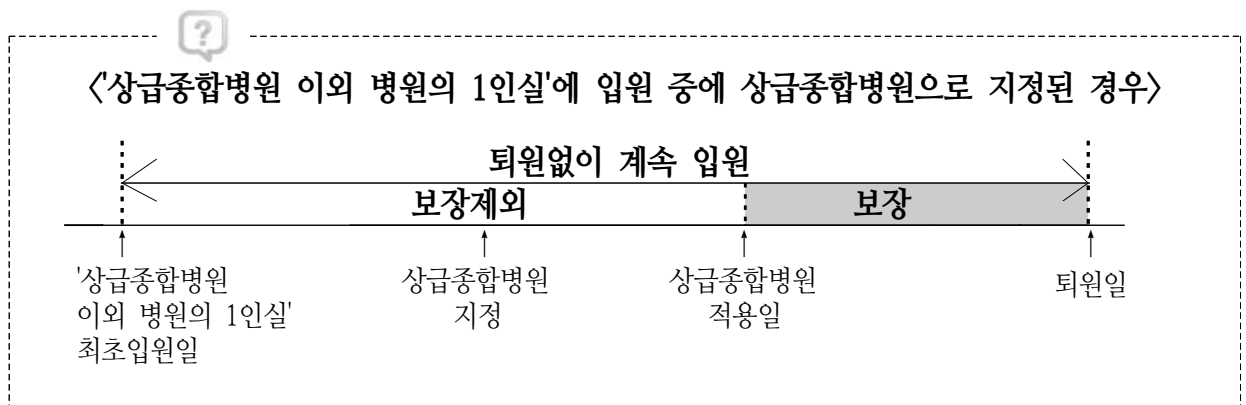
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

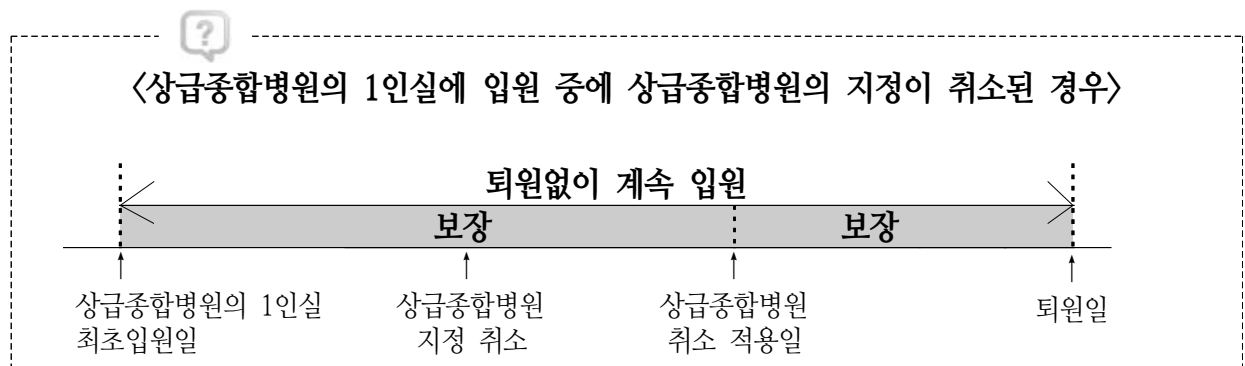
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원질병입원비(1인실)의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 상급종합병원의 1인실에서 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 '상급종합병원 이외 병원의 1인실'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.





- ⑫ 피보험자가 상급종합병원의 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 1인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 상급종합병원질병입원비(1인실)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

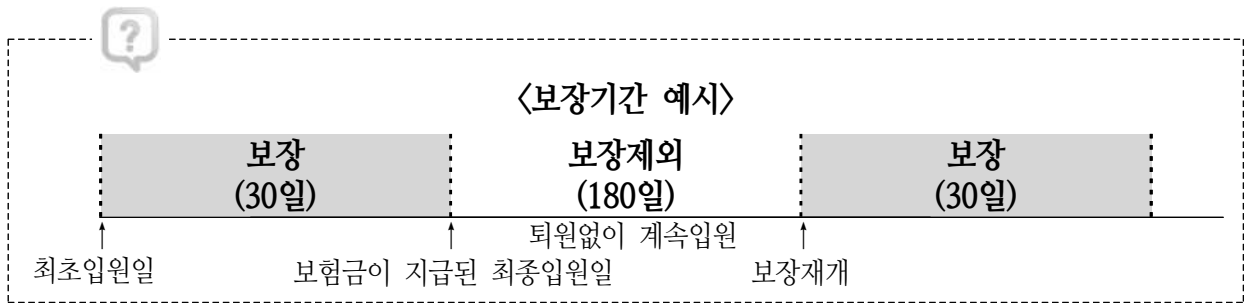
상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

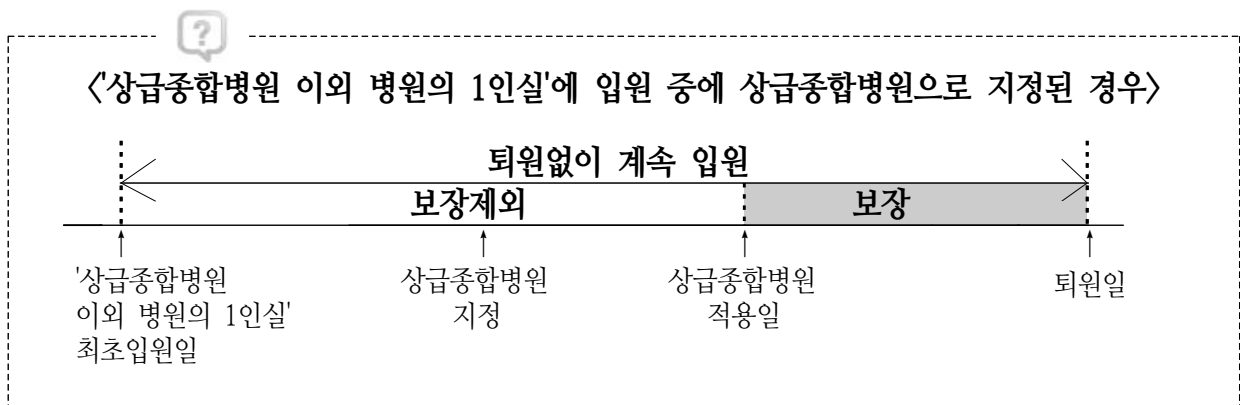
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

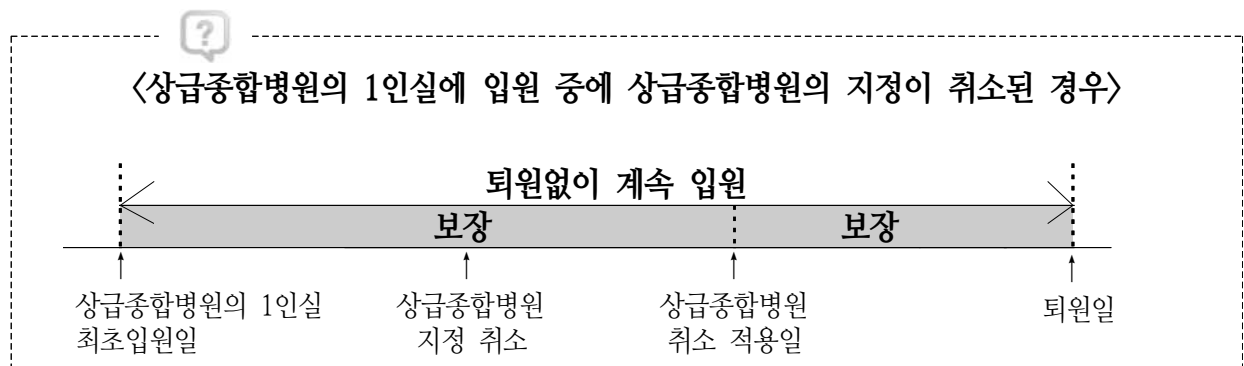
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원질병입원비(1인실)의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 상급종합병원의 1인실에서 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원의 1인실 이외의 병실'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 '상급종합병원 이외 병원의 1인실'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.





- ⑫ 피보험자가 상급종합병원의 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항의 '상급종합병원' 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑦ 제4항에 따라 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험 계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-15. 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-16. 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 1인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일 당 아래에 정한 금액을 종합병원질병입원비(1인실)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	

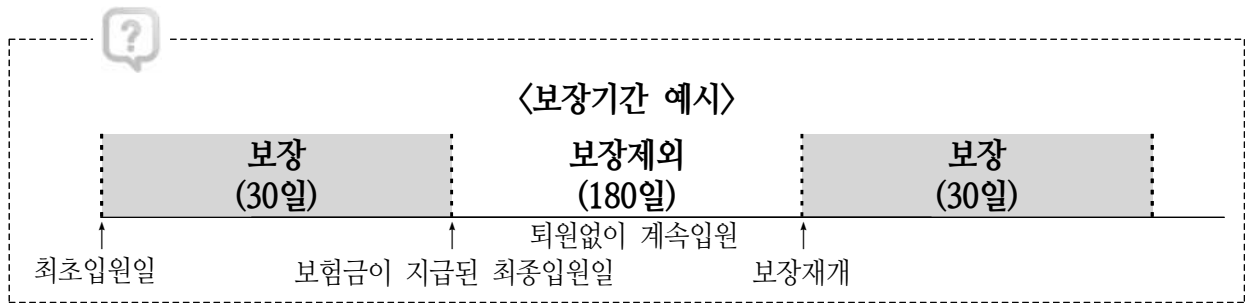
종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원질병입원비(1인실)의 지급일수 및 지급한도는 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에서 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '종합병원의 1인실 이외의 병실'에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원의 1인실 이외의 병실'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 '종합병원 이외 병원의 1인실'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원으로 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 1인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 종합병원질병입원비(1인실)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

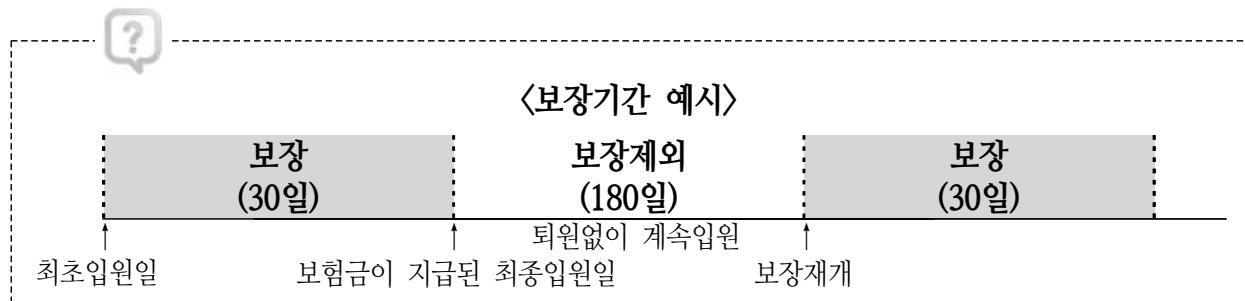
종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원질병입원비(1인실)의 지급일수 및 지급한도는 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에서 다른 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이

만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 '종합병원의 1인실 이외의 병실'에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 '종합병원의 1인실 이외의 병실'으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 '종합병원 이외 병원의 1인실'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원으로 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 - 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 - 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9

개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된

특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-17. 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-18. 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

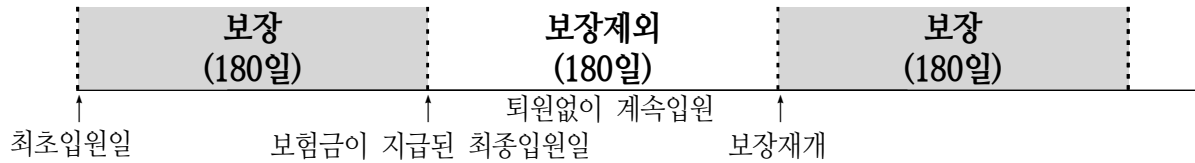
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 의로법 시행규칙 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금

지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

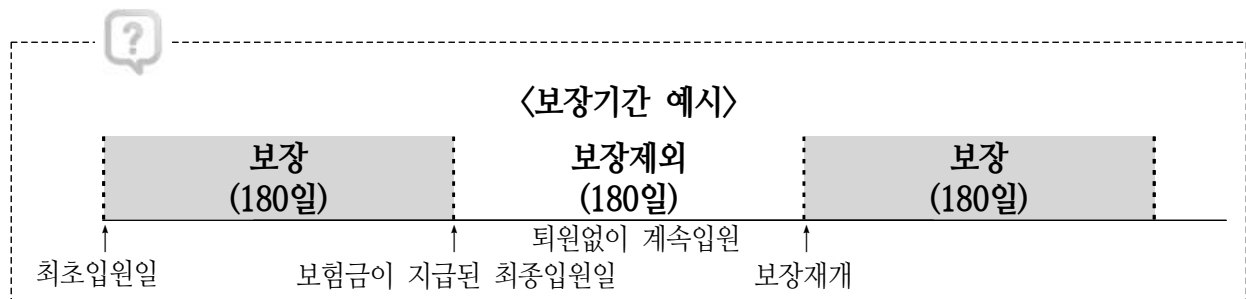
질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사

유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격

리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으

로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-19. 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-20. 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

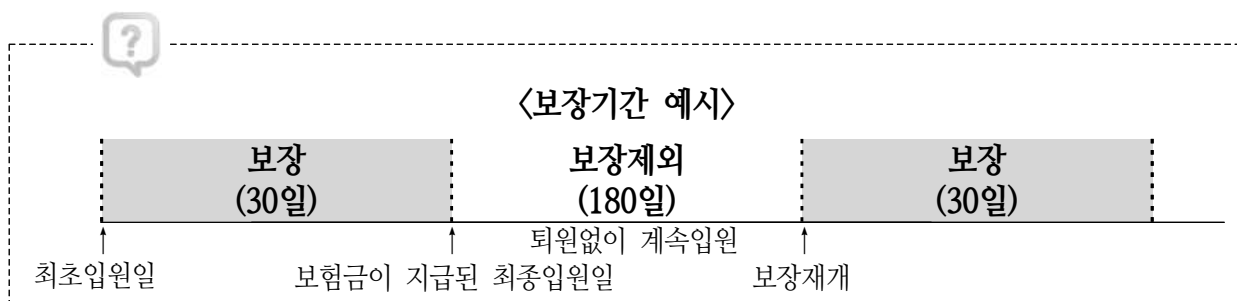
질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금

지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병중환자실입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

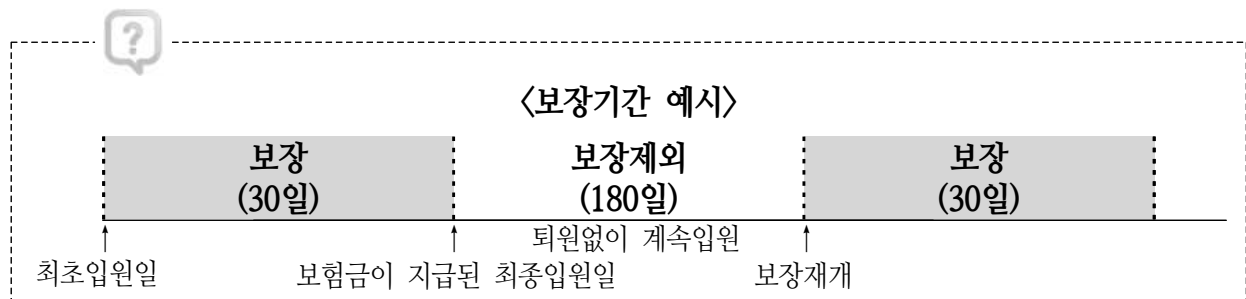
질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙 [별표4]에서 정한 중환자실을 말합니다.
- 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사

유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



[의료법 시행규칙]

[별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격

리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으

로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-21. 질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
2-22. 질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

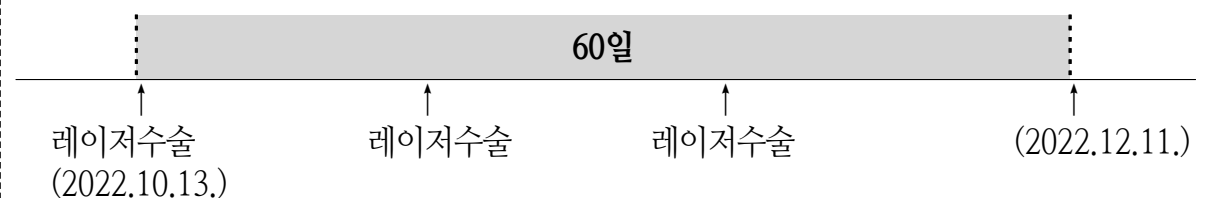
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
② 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급합니다.



〈 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 〉



⇒ 60일 이내 2회 이상(총 3회)의 레이저(Laser)수술을 받았으므로 1회의 수술로 보아 한 번의 보험금만 지급됩니다.

- 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(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

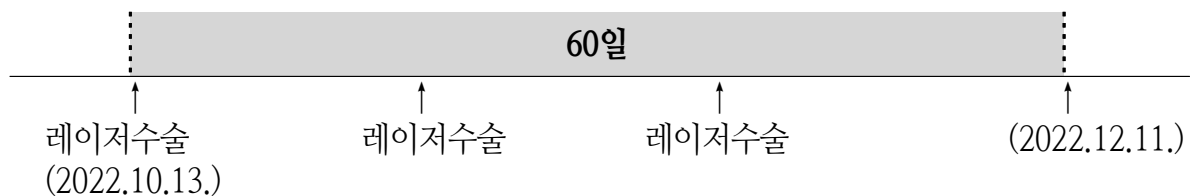
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급합니다.



< 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 >



⇒ 60일 이내 2회 이상(총 3회)의 레이저(Laser)수술을 받았으므로 1회의 수술로 보아 한 번의 보험금만 지급됩니다.

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

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 탈기코(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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-23. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
2-24. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병(백내장및대장용종제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비(백내장및대장용종제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

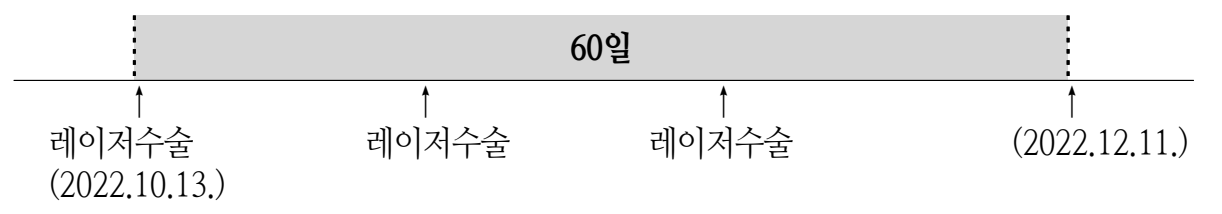
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비(백내장및대장용종제외)를 지급합니다.



< 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 >



⇒ 60일 이내 2회 이상(총 3회)의 레이저(Laser)수술을 받았으므로 1회의 수술로 보아 한 번의 보험금만 지급됩니다.

- 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(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

< 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) >

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 백내장(H25~H27)
10. 대장의 용종(폴립) 또는 대장의 양성신생물(K63.5, D12.0~D12.8)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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 진

단, 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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한

경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병(백내장및대장용종제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비(백내장및대장용종제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ)

특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

질병수술비(백내장및대장용종제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

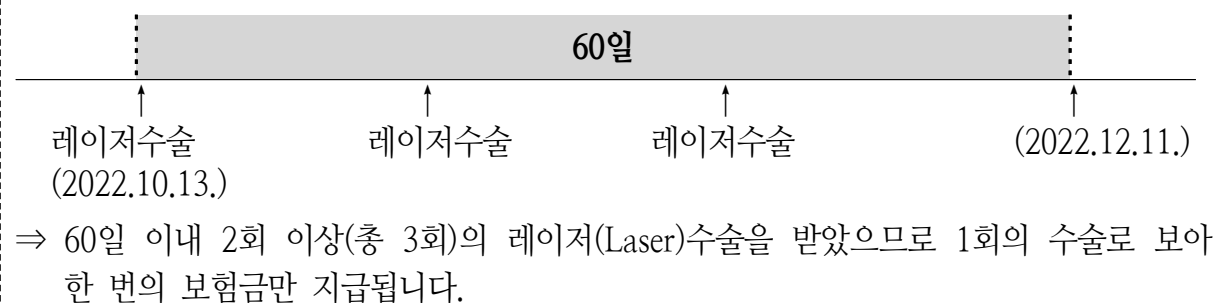
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비(백내장및대장용종제외)를 지급합니다.



< 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 >



- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 백내장(H25~H27)
10. 대장의 용종(폴립) 또는 대장의 양성신생물(K63.5, D12.0~D12.8)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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 진

단, 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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

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

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-25. 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-26. 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 상급종합병원질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

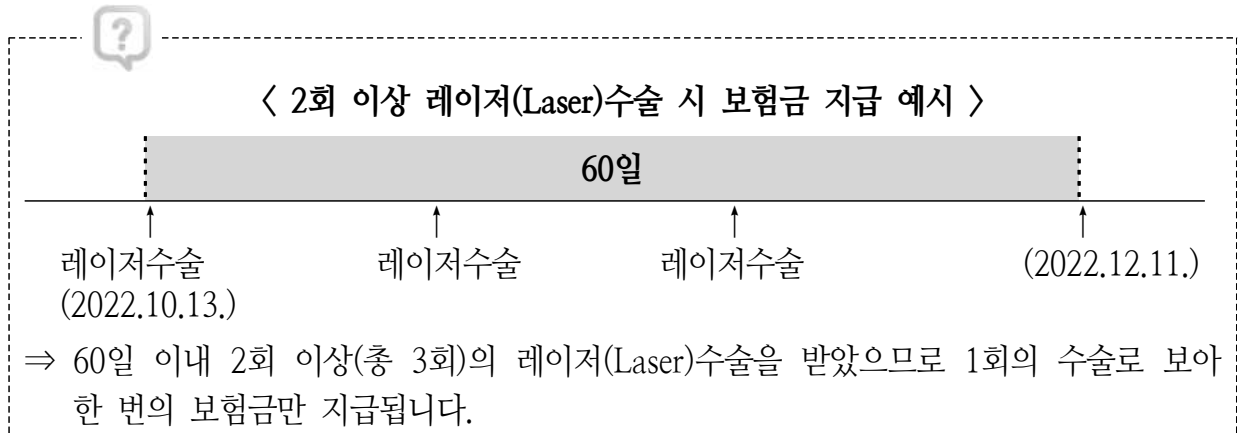
① 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.



[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 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급합니다.



- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및

인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 진자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태

4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄니다)

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 상급종합병원질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.



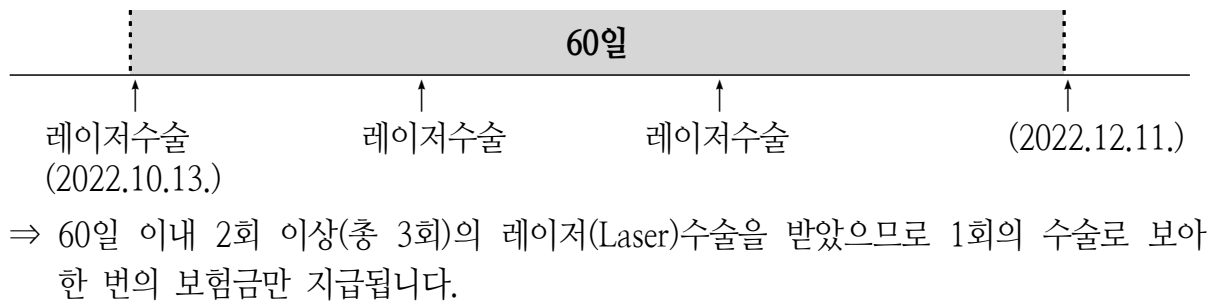
[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

- 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 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급합니다.

다.



〈 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 〉



- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 탈기코(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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-27. 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-28. 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 종합병원질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

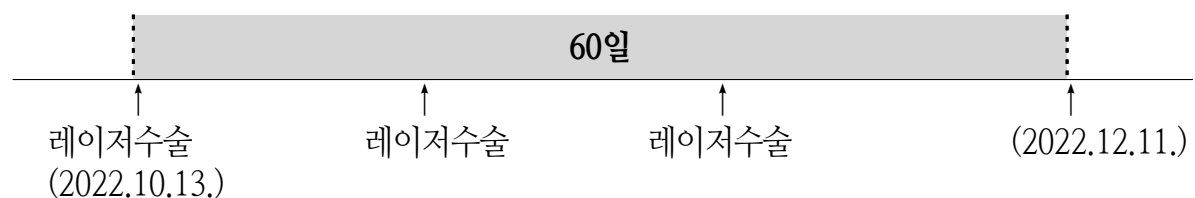
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제4조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급합니다.



〈 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 〉



⇒ 60일 이내 2회 이상(총 3회)의 레이저(Laser)수술을 받았으므로 1회의 수술로 보아 한 번의 보험금만 지급됩니다.

- 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(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한함

니다.

- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

- ② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지

급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 탈기코(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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 종합병원질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

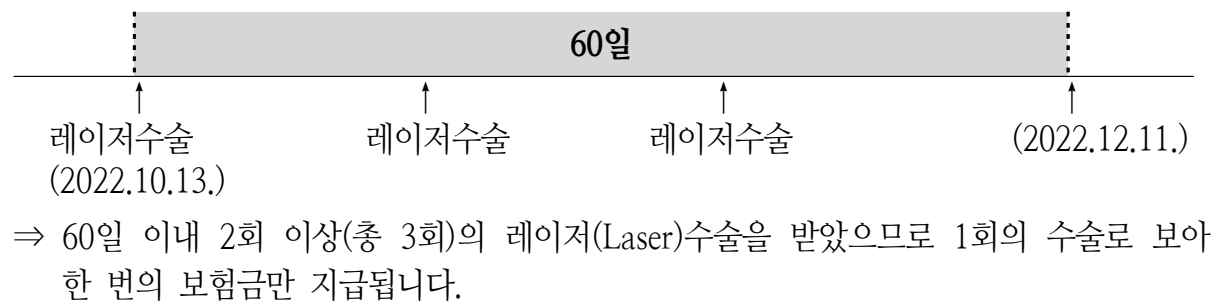
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다. 그러나 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제4조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급합니다.



< 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 >



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

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의

조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 탈기코(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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 영양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 영양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-29. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-30. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '수술 및 시술'을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병수술비(1~8종)(시술포함)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 '수술 및 시술 코드'당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구 분		1년 미만	1년 이상
질병수술비 (1~8종) (시술포함)	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술시	질병수술(1종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(1종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술시	질병수술(2종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(2종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술시	질병수술(3종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(3종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술시	질병수술(4종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(4종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술시	질병수술(5종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(5종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술시	질병수술(6종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(6종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술시	질병수술(7종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(7종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술시	질병수술(8종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(8종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과 기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우 종전 계약을 자동갱신한 갱신후계약은 1년 미만 보험금 감액 지급 사항을 적용하지 않습니다.
- ② 제1항에서 '연간'이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(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 수술 및 시술 코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여된 경우에는 수술 및 시술종류가 높은 하나의 수술 및 시술 코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.



〈 높은 종류의 수술 및 시술 보험금지급 예시 〉

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 〈별표23〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

예를 들어, 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(시술 포함)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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 계약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병 1~8종 수술비(시술 포함)를 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 '국민건강보험법' 또는 '의료급여법'을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단병주(MDC)와 의료행위 등으로 이 계약에서 정한 수술 및 시술 코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.



〈 '국민건강보험법' 또는 '의료급여법'을 적용받지 못하는 사고로 인한 보험금지급 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(시술 포함)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 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제5항의 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ '단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과 의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)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 〈별표23〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술 및 시술 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술 및 시술 코드'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)'분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)'중 회사가 정한 코드를 말합니다.



〈 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 〉

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 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 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

〈 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 〉

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- ③ 제2항의 '수술 및 시술 코드'에서 향후 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술 및 시술 코드'가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 '수술 및 시술 코드'를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 〈별표23〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술 및 시술 코드를 결정합니다.



〈 수술 및 시술 코드가 변경되는 경우 보험금 지급 예시 〉

회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 'KDRG'기준에 적용합니다. 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술 코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

예를 들어, 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술 코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술 코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 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'(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선 치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

분류항목	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

주) '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 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 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

니다.

- ④ 회사는 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등]
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

급여수가코드는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)'에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형) 및 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '수술 및 시술'을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병수술비(1~8종)(시술포함)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 '수술 및 시술 코드'당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구 분		1년 미만	1년 이상
질병수술비 (1~8종) (시술포함)	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술시	질병수술(1종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(1종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술시	질병수술(2종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(2종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술시	질병수술(3종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(3종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술시	질병수술(4종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(4종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술시	질병수술(5종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(5종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술시	질병수술(6종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(6종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술시	질병수술(7종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(7종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술시	질병수술(8종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 50%	질병수술(8종)(시술포함) 보장의 보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우 종전 계약을 자동갱신한 갱신후계약은 1년 미만 보험금 감액 지급 사항을 적용하지 않습니다.

- ② 제1항에서 '연간'이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간

을 의미합니다.

제2조(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 수술 및 시술 코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여된 경우에는 수술 및 시술종류가 높은 하나의 수술 및 시술 코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.



〈 높은 종류의 수술 및 시술 보험금지급 예시 〉

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 〈별표23〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

예를 들어, 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(시술 포함)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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 계약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병 1~8종 수술비(시술 포함)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 계약에서 정한 수술 및 시술 코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.



〈 '국민건강보험법' 또는 '의료급여법'을 적용받지 못하는 사고로 인한 보험금지급 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(시술 포함)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 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제5항의 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ '단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)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 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술 및 시술 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술 및 시술 코드'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)'분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)'중 회사가 정한 코드를 말합니다.



〈 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 〉

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 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 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

〈 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 〉

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- ③ 제2항의 '수술 및 시술 코드'에서 향후 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술 및 시술 코드'가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 '수술 및 시술 코드'를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 〈별표23〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술 및 시술 코드를 결정합니다.



〈 수술 및 시술 코드가 변경되는 경우 보험금 지급 예시 〉

회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 'KDRG'기준에 적용합니다. 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술 코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

예를 들어, 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술 코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술 코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 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'(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선 치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

분류항목	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

주) '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 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 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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 <별표23> '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

니다.

- ④ 회사는 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등]

(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

급여수가코드는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)'에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-31. 142대질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-32. 142대질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제4조(142대 질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 142대질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 142대질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

142대질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

세부보장	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
18대특정질병 수술비보장	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
갑상선질환 수술비보장	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 100%	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
4대특정질병 수술비보장	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
39대특정질병 수술비보장	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
28대특정질병 수술비보장	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
23대특정질병 수술비보장	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
29대특정질병 수술비보장	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%

142대질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

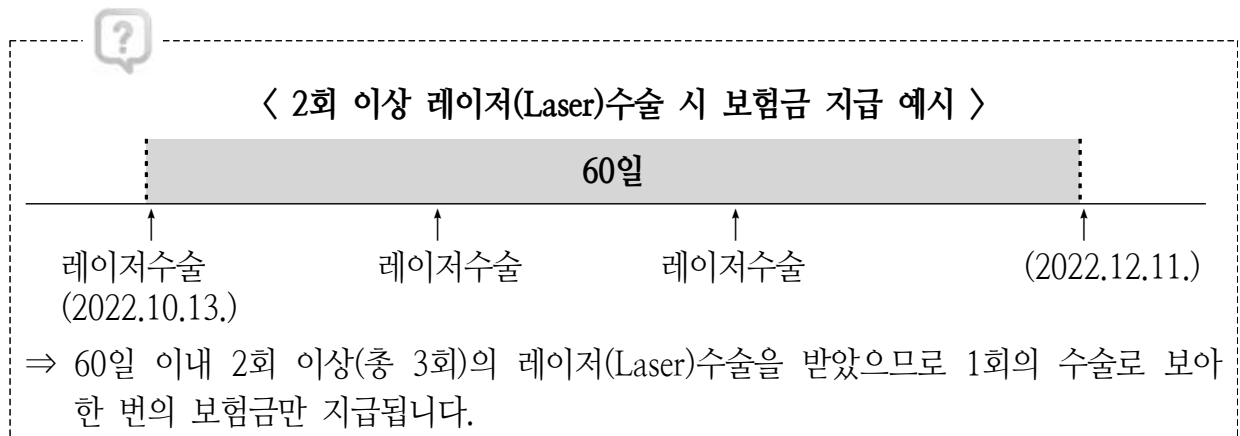
세부보장	1년미만	1년이상
18대특정질병 수술비보장	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
갑상선질환 수술비보장	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
4대특정질병 수술비보장	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
39대특정질병 수술비보장	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%

28대특정질병 수술비보장	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
23대특정질병 수술비보장	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
29대특정질병 수술비보장	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급합니다.



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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(142대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '142대질병'이라 함은 〈별표16〉 '142대질병 분류표'에서 정한 '18대특정질병', '갑상선질환', '4대특정질병', '39대특정질병', '28대특정질병', '23대특정질병', '29대특정질병' 7개의 세부보장을 총칭합니다.

세부보장	대상질병
18대특정질병 수술비보장	당뇨병, 고혈압, 간질환, 위·십이지장궤양, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 결핵, 신부전, 폐렴, 패혈증, 중추신경계통의 염증성질환, 파킨

18대특정질병 수술비보장	슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환
갑상선질환 수술비보장	갑상선질환
4대특정질병 수술비보장	백내장, 녹내장, 관절염, 생식기질환
39대특정질병 수술비보장	담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증, 황반변성, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 골다공증, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타질환, 유방의 장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 안면 신경장애, 단일신경병증
28대특정질병 수술비보장	충수의 질환, 크로이츠펔트-야콥병, 조로증, 등통증, 기관지 및 폐의 악성 신생물, 난소의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 위의 악성 신생물, 갑상선의 악성 신생물, 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자, 상세불명의 급성 하기도감염, 성인호흡곤란증후군, 호흡계통의 기타 질환, 맥립종 및 콩다래끼, 눈꺼풀의 기타 염증, 눈꺼풀의 기타 장애, 안구의 장애, 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애, 시각장애 및 실명, 눈 및 눈부속기의 기타 장애, 특정요도질환, 장의 특정기타질환, 주침샘의 양성신생물, 뇌의 특정염증성질환, 다낭성 난소증후군, 음낭정맥류
23대특정질병 수술비보장	부갑상선질환, 근육장애, 발바닥근막염, 특정 누적외상성 질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장 질환, 어깨병변, 용혈-요독증후군, 비장의 질환, 뇌하수체질환, 대사장애, 마비, 동맥및세동맥의 질환, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 침샘의 질환, 위공장궤양, 위 및 십이지장의 기타 질환, 장흡수장애, 전신결합조직장애Ⅰ, 귀의 기타 장애
29대특정질병 수술비보장	뇌전증, 뇌성마비, 수두증, 폐색혈전혈관염[버거병], 눈 및 부속기의 양성 신생물, 중증근무력증 및 기타 근신경장애, 안와의 장애, 유리체의 장애, 하지의 정맥류, 과민대장증후군, 전신결합조직장애Ⅱ, 골수

29대특정질병 수술비보장	염, 골괴사, 뼈의 파궤병[변형성 골염], 뼈의기타장애, 연골병증, 신장 및 요관의 결석, 요도결석증, 다한증, 수면무호흡, 결막의 장애, 외이의 질환, 림프절염, 대상포진, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류

- ② 제1항의 '18대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.당뇨병, 2.고혈압, 3.간질환, 4.위·십이지장궤양, 5.동맥경화증, 6.만성 하부호흡기질환, 7.결핵, 8.신부전, 9.폐렴, 10.폐혈증, 11.중추신경계통의 염증성질환, 12.파킨슨병, 13.다발경화증, 14.자율신경계통의 장애, 15.대동맥류, 16.폐질환, 17.급성 췌장염, 18.췌장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항의 '갑상선질환'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 갑상선질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 제1항의 '4대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.백내장, 2.녹내장, 3.관절염, 4.생식기질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 '39대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.담석증, 2.사타구니 탈장, 3.편도염, 4.축농증, 5.황반변성, 6.급성상기도감염, 7.담낭담도질환, 8.중이 및 유도의 질환, 9.내이의 질환, 10.소화기계통의 양성신생물, 11.중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 12.골 및 관절연골의 양성신생물, 13.조직의 양성신생물, 14.수막의 양성신생물, 15.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 16.갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 17.유방의 양성신생물, 18.골다공증 19.여성생식기의 양성종양, 20.남성생식기의 양성종양, 21.비뇨기관의 양성신생물, 22.후각특정질환, 23.인후부위의 특정질환, 24.눈 및 눈부속기관의 특정질환, 25.사구체질환, 26.신세뇨관-간질질환, 27.방광의 결석, 28.신장 및 요관의 기타장애, 29. 비뇨계통의 기타질환, 30.유방의 장애, 31.특정부위의 탈장, 32.비감염성 장염 및 결장염, 33.특정 장질환, 34.복막의 질환, 35.척추변형, 36.척추병증, 37.추간판장애(디스크질환), 38.안면 신경장애, 39.단일신경병증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 '28대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.충수의 질환, 2.크로이츠펔트-야콥병, 3.조로증, 4.등통증, 5.기관지 및 폐의 악성 신생물, 6.난소의 악성 신생물, 7.간 및 간내 담관의 악성 신생물, 8.위의 악성 신생물, 9.갑상선의 악성 신생물, 10.확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 11.확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 12.바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자, 13.상세불명의 급성 하기도감염, 14.성인호흡곤란증후군, 15.호흡계통의 기타 질환, 16.맥립종 및 콩다래끼, 17.눈꺼풀의 기타 염증 18.눈꺼풀의 기타 장애, 19.안구의 장애, 20.안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애, 21.시각장애 및 실명, 22.눈 및 눈부속기의 기타 장애, 23.특정 요도질환, 24.장의 특정기타질환, 25.주침샘의 양성신생물, 26.뇌의 특정염증성질환, 27.다낭성 난소증후군, 28.음낭정맥류로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 '23대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.부갑상선질환, 2.근육장애, 3.발바닥근막염, 4.특정 누적외상성 질환, 5.윤활막 및 힘줄장애, 6.식도질환, 7.위·십이지장 질환, 8.어깨병변, 9.용혈-요독증후군, 10.비장의 질환, 11.뇌하수체질환, 12.대사장애, 13.마비, 14.동맥및세동맥의 질환, 15.외부요인에 의한 폐질환, 16.폐부종 17.

특정호흡기질환, 18.침샘의 질환, 19.위공장궤양, 20.위 및 십이지장의 기타 질환, 21.장 흡수장애, 22.전신결합조직장애 I, 23.귀의 기타 장애로 분류되는 질병을 말합니다.

- ⑧ 제1항의 '29대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.뇌전증, 2.뇌성마비, 3.수두증, 4.폐색혈전혈관염[버거병], 5.눈 및 부속기의 양성 신생물, 6.중증근무력증 및 기타 근신경장애, 7.안와의 장애, 8.유리체의 장애, 9.하지의 정맥류, 10.과민대장증후군, 11.전신결합조직장애Ⅱ, 12.골수염, 13.골괴사, 14.뼈의 파열병[변형성 골염], 15.뼈의기타장애, 16.연골병증, 17.신장 및 요관의 결석, 18.요도결석증 19.다한증, 20.수면무호흡, 21.결막의 장애, 22.외이의 질환, 23.림프절염, 24.대상포진, 25.급성 기관지염, 26.급성 세기관지염, 27.정맥염 및 혈전정맥염, 28.기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 29.식도정맥류로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑨ 제1항의 142대질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구

하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제4조(142대 질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 142대질병으로 진단확정되고 그 142대질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 142대질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

142대질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
18대특정질병 수술비보장	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
갑상선질환 수술비보장	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 100%	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
4대특정질병 수술비보장	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
39대특정질병 수술비보장	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
28대특정질병 수술비보장	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
23대특정질병 수술비보장	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
29대특정질병 수술비보장	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%

142대질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관

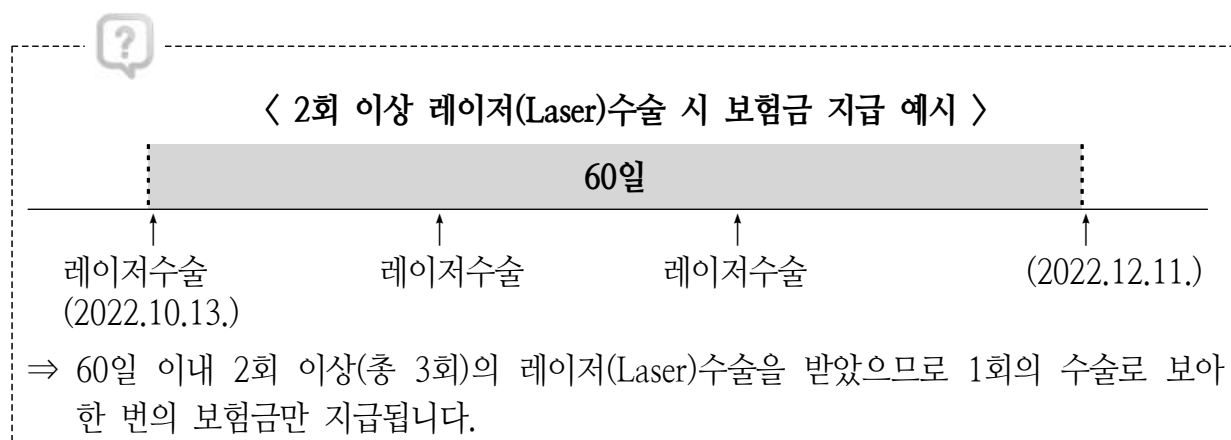
구 분	1년미만	1년이상
18대특정질병 수술비보장	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	18대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
갑상선질환 수술비보장	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
4대특정질병 수술비보장	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	4대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
39대특정질병 수술비보장	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	39대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
28대특정질병 수술비보장	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	28대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%

23대특정질병 수술비보장	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	23대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
29대특정질병 수술비보장	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	29대특정질병 수술비보장 보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 보험금을 지급합니다.



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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한함

니다.

- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(142대질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '142대질환'이라 함은 〈별표16〉 '142대질환 분류표'에서 정한 '18대특정질환', '갑상선질환', '4대특정질환', '39대특정질환', '28대특정질환', '23대특정질환', '29대특정질환' 7개의 세부보장을 총칭합니다.

세부보장	대상질환
18대특정질환 수술비보장	당뇨병, 고혈압, 간질환, 위·십이지장궤양, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 결핵, 신부전, 폐렴, 폐혈증, 중추신경계통의 염증성질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환

갑상선질환 수술비보장	갑상선질환
4대특정질병 수술비보장	백내장, 녹내장, 관절염, 생식기질환
39대특정질병 수술비보장	담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증, 황반변성, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 골다공증, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관 의 양성신생물, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 눈 및 눈부속기 관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타질환, 유방의 장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 안면 신경장애, 단일신경병증
28대특정질병 수술비보장	충수의 질환, 크로이츠펔트-야콥병, 조로증, 등통증, 기관지 및 폐의 악성 신생물, 난소의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 위의 악성 신생물, 갑상선의 악성 신생물, 확인된 동물매개 또는 범유 행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 확인된 계절성 인플루엔 자바이러스에 의한 인플루엔자, 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔 자, 상세불명의 급성 하기도감염, 성인호흡곤란증후군, 호흡계통의 기 타 질환, 맥립종 및 콩다래끼, 눈꺼풀의 기타 염증, 눈꺼풀의 기타 장 애, 안구의 장애, 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애, 시각장애 및 실명, 눈 및 눈부속기의 기타 장애, 특정요도질환, 장의 특정기타질환, 주침샘의 양성신생물, 뇌의 특정염증성질환, 다낭성 난소증후군, 음낭 정맥류
23대특정질병 수술비보장	부갑상선질환, 근육장애, 발바닥근막염, 특정 누적외상성 질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장 질환, 어깨병변, 용혈-요독증후 군, 비장의 질환, 뇌하수체질환, 대사장애, 마비, 동맥및세동맥의 질환, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 침샘의 질환, 위공장 궤양, 위 및 십이지장의 기타 질환, 장흡수장애, 전신결합조직장애 I, 귀의 기타 장애

29대특정질병 수술비보장	뇌전증, 뇌성마비, 수두증, 폐색혈전혈관염[버거병], 눈 및 부속기의 양성 신생물, 중증근무력증 및 기타 근신경장애, 안와의 장애, 유리체의 장애, 하지의 정맥류, 과민대장증후군, 전신결합조직장애Ⅱ, 골수염, 골괴사, 뼈의 파궤병[변형성 골염], 뼈의기타장애, 연골병증, 신장 및 요관의 결석, 요도결석증, 다한증, 수면무호흡, 결막의 장애, 외이의 질환, 림프절염, 대상포진, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류

- ② 제1항의 '18대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.당뇨병, 2.고혈압, 3.간질환, 4.위·십이지장궤양, 5.동맥경화증, 6.만성 하부호흡기질환, 7.결핵, 8.신부전, 9.폐렴, 10.폐혈증, 11.중추신경계통의 염증성질환, 12.파킨슨병, 13.다발경화증, 14.자율신경계통의 장애, 15.대동맥류, 16.폐질환, 17.급성 췌장염, 18.췌장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항의 '갑상선질환'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 갑상선질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 제1항의 '4대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.백내장, 2.녹내장, 3.관절염, 4.생식기질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 '39대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.담석증, 2.사타구니 탈장, 3.편도염, 4.축농증, 5.황반변성, 6.급성상기도감염, 7.담낭담도질환, 8.중이 및 유도의 질환, 9.내이의 질환, 10.소화기계통의 양성신생물, 11.중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 12.골 및 관절연골의 양성신생물, 13.조직의 양성신생물, 14.수막의 양성신생물, 15.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 16.갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 17.유방의 양성신생물, 18.골다공증 19.여성생식기의 양성종양, 20.남성생식기의 양성종양, 21.비뇨기관의 양성신생물, 22.후각특정질환, 23.인후부위의 특정질환, 24.눈 및 눈부속기관의 특정질환, 25.사구체질환, 26.신세뇨관-간질질환, 27.방광의 결석, 28.신장 및 요관의 기타장애, 29. 비뇨계통의 기타질환, 30.유방의 장애, 31.특정부위의 탈장, 32.비감염성 장염 및 결장염, 33.특정 장질환, 34.복막의 질환, 35.척추변형, 36.척추병증, 37.추간판장애(디스크질환), 38.안면 신경장애, 39.단일신경병증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 '28대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.충수의 질환, 2.크로이츠펔트-야콥병, 3.조로증, 4.등통증, 5.기관지 및 폐의 악성 신생물, 6.난소의 악성 신생물, 7.간 및 간내 담관의 악성 신생물, 8.위의 악성 신생물, 9.갑상선의 악성 신생물, 10.확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 11.확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 12.바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자, 13.상세불명의 급성 하기도감염, 14.성인호흡곤란증후군, 15.호흡계통의 기타 질환, 16.맥립종 및 콩다래끼, 17.눈꺼풀의 기타 염증 18.눈꺼풀의 기타 장애, 19.안구의 장애, 20.안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애, 21.시각장애 및 실명, 22.눈 및 눈부속기의 기타 장애, 23.특정 요도질환, 24.장의 특정기타질환, 25.주침샘의 양성신생물, 26.뇌의 특정염증성질환, 27.다낭성 난소증후군, 28.음낭정맥류로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 '23대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질병 분류표'에서 정한 1.부갑상선질환, 2.근육장애, 3.발바닥근막염, 4.특정 누적외상성 질환, 5.윤활막 및 힘줄장애, 6.식도질환,

7.위·십이지장 질환, 8.어깨병변, 9.용혈-요독증후군, 10.비장의 질환, 11.뇌하수체질환, 12.대사장애, 13.마비, 14.동맥및세동맥의 질환, 15.외부요인에의한폐질환, 16.폐부종 17.특정호흡기질환, 18.침샘의 질환, 19.위공장궤양, 20.위 및 십이지장의 기타 질환, 21.장 흡수장애, 22.전신결합조직장애 I, 23.귀의 기타 장애로 분류되는 질병을 말합니다.

- ⑧ 제1항의 '29대특정질병'이라 함은 <별표16> '142대질환 분류표'에서 정한 1.뇌전증, 2.뇌성마비, 3.수두증, 4.폐색혈전혈관염[버거병], 5.눈 및 부속기의 양성 신생물, 6.중증근무력증 및 기타 근신경장애, 7.안와의 장애, 8.유리체의 장애, 9.하지의 정맥류, 10.과민대장증후군, 11.전신결합조직장애Ⅱ, 12.골수염, 13.골괴사, 14.뼈의 파궤병[변형성 골염], 15.뼈의기타장애, 16.연골병증, 17.신장 및 요관의 결석, 18.요도결석증 19.다한증, 20.수면무호흡, 21.결막의 장애, 22.외이의 질환, 23.림프절염, 24.대상포진, 25.급성 기관지염, 26.급성 세기관지염, 27.정맥염 및 혈전정맥염, 28.기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 29.식도정맥류로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑨ 제1항의 142대질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청

구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-33. 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-34. 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 2대질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 2대질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터

터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(2대질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '2대질환'이라 함은 〈별표24〉 '2대질환(심장질환, 뇌혈관질환) 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 2대질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱

신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제4조(2대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 2대질병으로 진단확정되고 그 2대질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 2대질병수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(2대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '2대질병'이라 함은 <별표24> '2대질병(심장질환, 뇌혈관질환) 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 2대질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 유효한 각종 검사를 기초로 하여야 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-35. 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-36. 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 일반암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

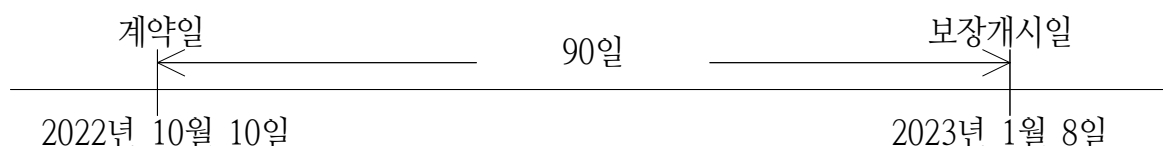
※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)> 참조

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



< 보장개시일 [예시] >



② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유

가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간

편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-37. 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-38. 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

구분	최초계약				갱신후계약
	90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
갑상선암	보험가입금액 의 5%	보험가입금액 의 30%	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%	보험가입금액 의 100%
기타피부암					
제자리암					
경계성종양					

갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
갑상선암	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
기타피부암				
제자리암				
경계성종양				

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 진단확정 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

보험가입금액의 5%		보험가입금액의 30%		보험가입금액의 50%		보험가입금액의 100%	
2022년 1월 1일	2022년 4월 1일	2022년 6월 30일	2023년 1월 1일				
계약일	가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	가입 후 경과기간 1년 이상				

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 4. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양

에 대한 보험금을 각 1회씩 모두 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보험금 지급사유가 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-39. 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-40. 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 남성생식기암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 남성생식기암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

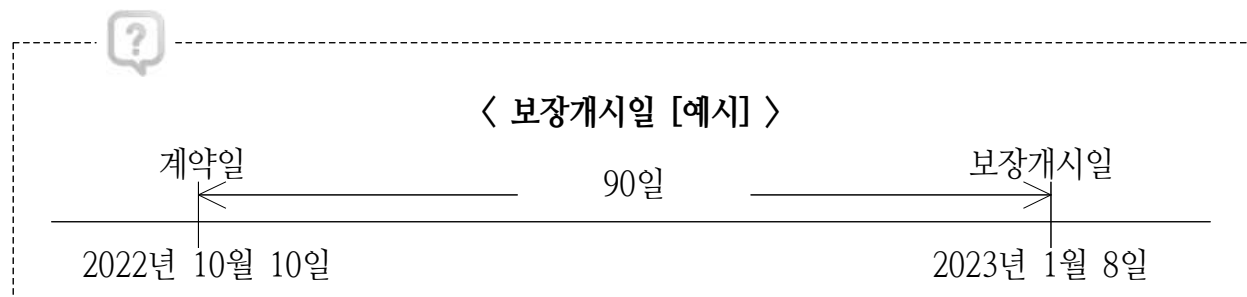
남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	
		보험가입금액의 100%

남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	
1년미만 보험가입금액의 50%	1년이상 보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사

망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(남성생식기암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '남성생식기암'이라 함은 <별표32> '남성생식기암 분류표'에서 정한 1.음경의 악성 신생물, 2.전립선의 악성 신생물, 3.고환의 악성 신생물, 4.기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② '남성생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며 '남성생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '남성생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각

의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-41. 여성생식기암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

2-42. 여성생식기암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 여성생식기암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

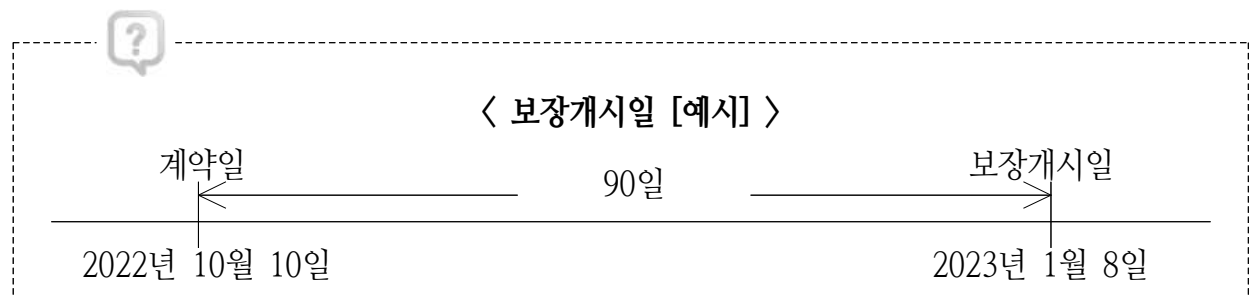
여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	
		보험가입금액의 100%

여성생식기암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사

망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(여성생식기암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '여성생식기암'이라 함은 <별표33> '여성생식기암 분류표'에서 정한 1. 외음의 악성 신생물, 2. 질의 악성 신생물, 3. 자궁경부의 악성 신생물, 4. 자궁체부의 악성 신생물, 5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 6. 난소의 악성 신생물, 7. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물, 8. 태반의 악성 신생물의 여성생식기관의 악성 신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② '여성생식기암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며 '여성생식기암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '여성생식기암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우

와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-43. 비노기관암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

2-44. 비노기관암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 비노기관암으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 비노기관암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.

비노기관암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

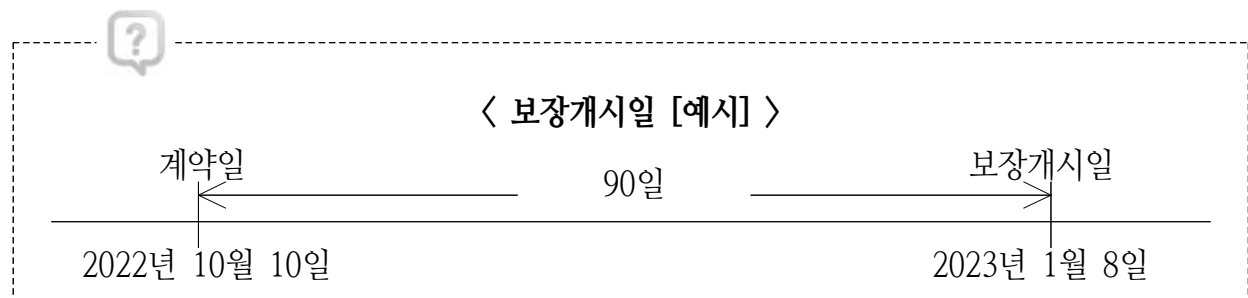
비노기관암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사

망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(비뇨기관암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '비뇨기관암'이라 함은 <별표34> '비뇨기관암 분류표'에서 정한 1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 2.신우의 악성 신생물, 3.요관의 악성 신생물, 4.방광의 악성 신생물, 5.기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② '비뇨기관암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며 '비뇨기관암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '비뇨기관암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에

는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-45. 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-46. 통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.
※ 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유
사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤
형Ⅱ) 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금
지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 통합형일반암으로 진단확정되었
을 때에는 세부보장에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합형일반암진단
비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

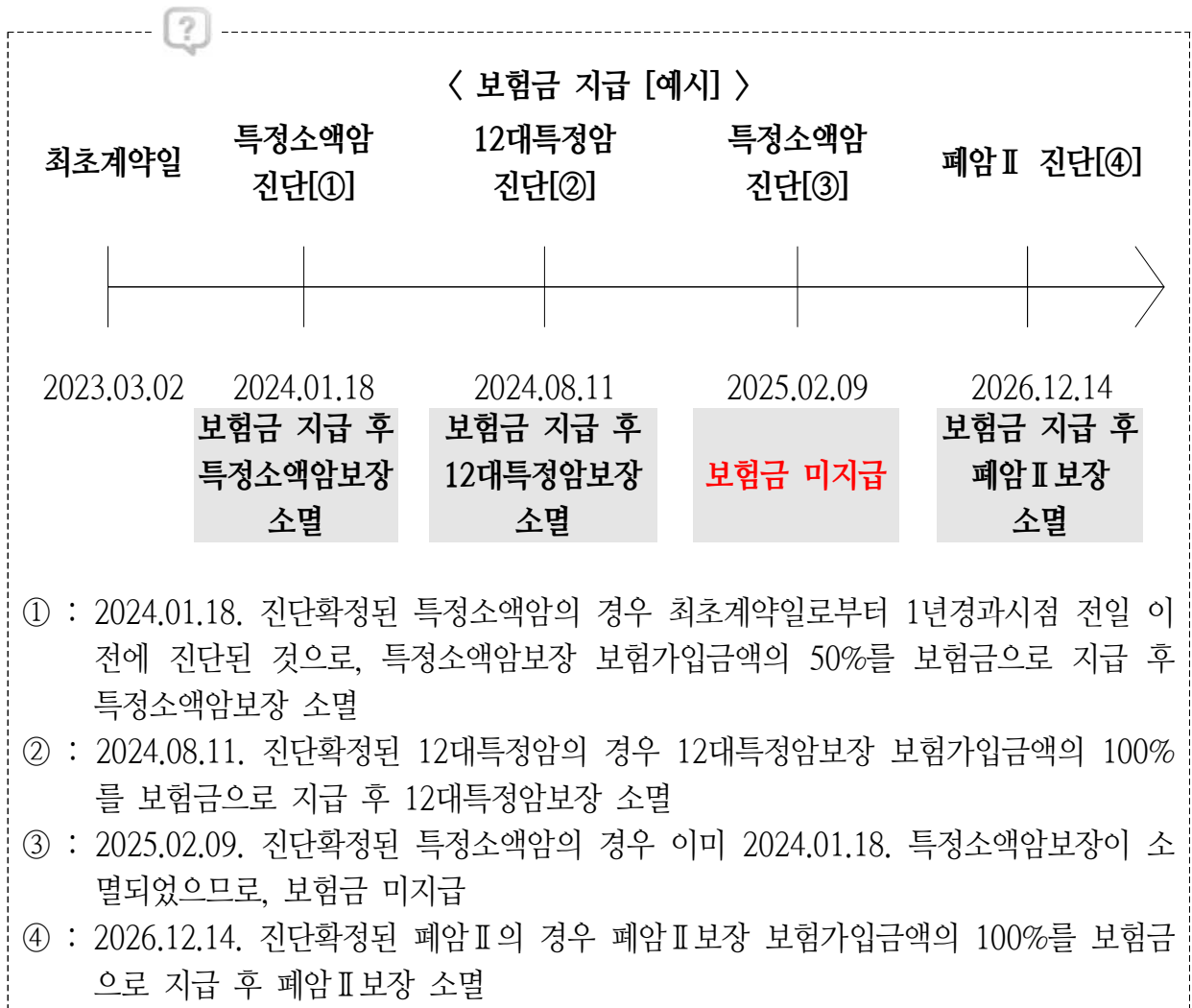
통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

세부보장	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
특정소액암 진단시	특정소액암보장 보험가입금액의 50%	특정소액암보장 보험가입금액의 100%	특정소액암보장 보험가입금액의 100%
특정소화기계암 Ⅱ 진단시	특정소화기계암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	특정소화기계암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%	특정소화기계암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
4대특정암 진단시	4대특정암보장 보험가입금액의 50%	4대특정암보장 보험가입금액의 100%	4대특정암보장 보험가입금액의 100%
림프종및백혈병 관련암Ⅱ 진단시	림프종및백혈병관련암Ⅱ 보장 보험가입금액의 50%	림프종및백혈병관련암Ⅱ 보장 보험가입금액의 100%	림프종및백혈병관련암Ⅱ 보장 보험가입금액의 100%
심장암및뇌암 진단시	심장암및뇌암보장 보험가입금액의 50%	심장암및뇌암보장 보험가입금액의 100%	심장암및뇌암보장 보험가입금액의 100%
폐암Ⅱ 진단시	폐암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	폐암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%	폐암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
4대특정암Ⅱ 진단시	4대특정암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	4대특정암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%	4대특정암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
12대특정암 진단시	12대특정암보장 보험가입금액의 50%	12대특정암보장 보험가입금액의 100%	12대특정암보장 보험가입금액의 100%

통합형일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

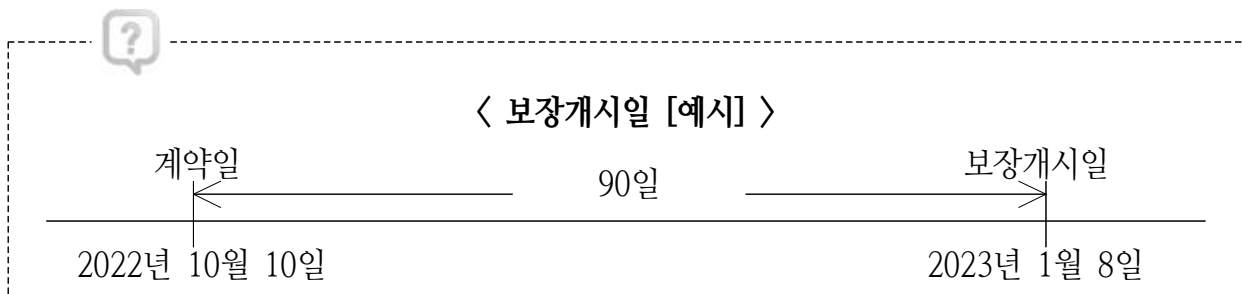
세부보장	1년미만	1년이상
특정소액암 진단시	특정소액암보장 보험가입금액의 50%	특정소액암보장 보험가입금액의 100%
특정소화기계암Ⅱ 진단시	특정소화기계암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	특정소화기계암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
4대특정암 진단시	4대특정암보장 보험가입금액의 50%	4대특정암보장 보험가입금액의 100%
림프종및백혈병 관련암Ⅱ 진단시	림프종및백혈병관련암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	림프종및백혈병관련암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
심장암및뇌암 진단시	심장암및뇌암보장 보험가입금액의 50%	심장암및뇌암보장 보험가입금액의 100%
폐암Ⅱ 진단시	폐암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	폐암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
4대특정암Ⅱ 진단시	4대특정암Ⅱ보장 보험가입금액의 50%	4대특정암Ⅱ보장 보험가입금액의 100%
12대특정암 진단시	12대특정암보장 보험가입금액의 50%	12대특정암보장 보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지

급합니다.

- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제3항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 해당 세부보장의 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합형일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '통합형일반암'이라 함은 '특정소액암', '특정소화기계암Ⅱ', '4대특정암', '림프종및백혈병관련암Ⅱ', '심장암및뇌암', '폐암Ⅱ', '4대특정암Ⅱ', '12대특정암' 8개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항의 '특정소액암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 유방의 악성 신생물, 2. 자궁경부의 악성 신생물, 3. 자궁체부의 악성 신생물, 4. 전립선의 악성 신생물, 5. 방광의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항의 '특정소화기계암Ⅱ'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 식도의 악성 신생물, 2. 위의 악성 신생물, 3. 소장(小腸)의 악성 신생물, 4. 결장의 악성 신생물, 5. 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 6. 직장의 악성 신생물, 7. 항문, 항문관의 악성 신생물, 8. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 제1항의 '4대특정암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 간 및 간내담관의 악성 신생물, 2. 담낭의 악성 신생물, 3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 4. 췌장의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 '림프종및백혈병관련암Ⅱ'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 호지킨림프종, 2. 소포성 림프종, 3. 비소포성 림프종, 4. 성숙T/NK - 세포림프종, 5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종, 6. T/NK - 세포림프종의 기타 명시된 형태, 7. 악성 면역증식성 질환, 8. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물, 9. 림프성 백혈병, 10. 골수성 백혈병, 11. 단핵구성 백혈병, 12. 명시된 세포형의 기타 백혈병, 13. 상세불명 세포형의 백혈병, 14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물, 15. 진성 적혈구증가증, 16. 골수형성이상증후군, 17. 만성 골수증식질환, 18. 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 19. 골수섬유증, 20. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 '심장암및뇌암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 흉선의 악성 신생물, 2. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물, 3. 수막의 악성 신생물, 4. 뇌의 악성 신생물, 5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 '폐암Ⅱ'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 기관의 악성 신생물, 2. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의

악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.

- ⑧ 제1항의 '4대특정암Ⅱ'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 골 및 관절 연골의 악성 신생물, 2. 중피종, 3. 카포시육종, 4. 후복막 및 복막의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑨ 제1항의 '12대특정암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물, 2. 비강, 중이, 부비동 및 후두의 악성 신생물, 3. 피부의 악성 흑색종, 4. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물, 5. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물, 6. 여성생식기관의 악성 신생물, 7. 남성생식기관의 악성 신생물, 8. 요로의 악성 신생물, 9. 눈 및 부속기의 악성 신생물, 10. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물, 11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물, 12. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물로 분류되는 질병을 말합니다.
- ⑩ '통합형일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '통합형일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '통합형일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

- ⑪ 제9항에도 불구하고 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.



〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세포암의 악성 신생물)로 진단된 경우 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 분류하고, 통합형일반암진단비 보험금을 지급하지 않습니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 분류하며, 특정소액암보장 보험금을 지급합니다.
- C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단되었지만 원발암이 확인되지 않아 C80.0(원발부위 미상으로 언급된 악성 신생물)로 진단된 경우 12대특정암보장 보험금을 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 통합형일반암으로 진단확정되어 있는 경우 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된

특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '특정소액암', '특정소화기계암Ⅱ', '4대특정암', '림프종및백혈병관련암Ⅱ', '심장암및뇌암', '폐암Ⅱ', '4대특정암Ⅱ' 또는 '12대특정암'에 해당하는 지급사유가 발생하여 보험금을 지급한 때에는 각각에 대한 세부보장이 소멸됩니다. 이 경우 회사는 소멸되는 세부보장 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '특정소액암', '특정소화기계암Ⅱ', '4대특정암', '림프종및백혈병관련암Ⅱ', '심장암및뇌암', '폐암Ⅱ', '4대특정암Ⅱ' 또는 '12대특정암'에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합형일반암 세부보장에 대한 보험금 지급사유가 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑥ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-47. 통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 인한 전이암은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 인한 통합형전이암으로 진단확정되었을 때에는 세부보장에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합형전이암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

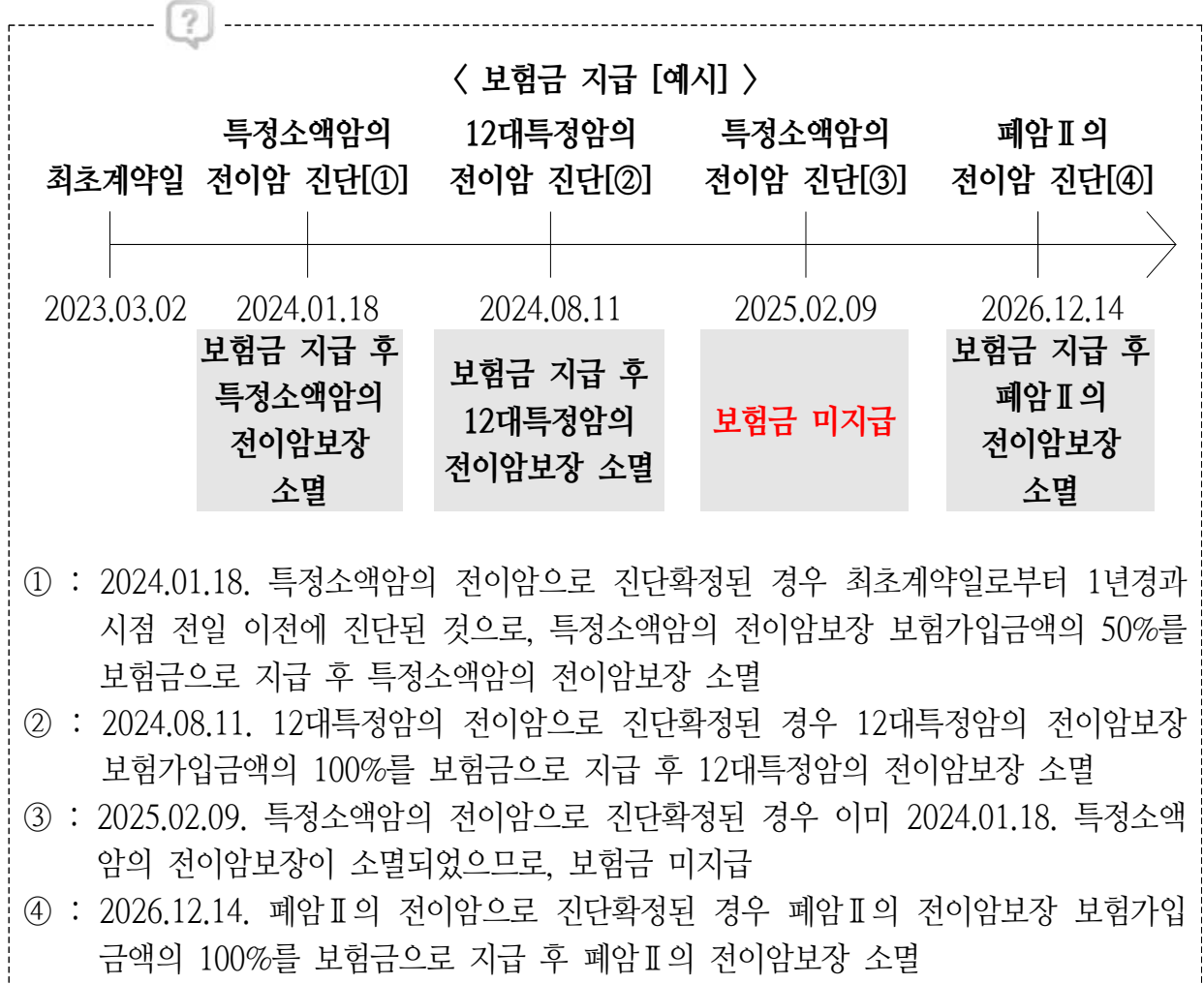
통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

세부보장	1년미만	1년이상
특정소액암의 전이암 진단시	특정소액암의 전이암보장 보험가입금액의 50%	특정소액암의 전이암보장 보험가입금액의 100%
특정소화기계암Ⅱ의 전이암 진단시	특정소화기계암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 50%	특정소화기계암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 100%
4대특정암의 전이암 진단시	4대특정암의 전이암보장 보험가입금액의 50%	4대특정암의 전이암보장 보험가입금액의 100%
림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암 진단시	림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 50%	림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 100%
심장암및뇌암의 전이암 진단시	심장암및뇌암의 전이암보장 보험가입금액의 50%	심장암및뇌암의 전이암보장 보험가입금액의 100%
폐암Ⅱ의 전이암 진단시	폐암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 50%	폐암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 100%
4대특정암Ⅱ의 전이암 진단시	4대특정암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 50%	4대특정암Ⅱ의 전이암보장 보험가입금액의 100%
12대특정암의 전이암 진단시	12대특정암의 전이암보장 보험가입금액의 50%	12대특정암의 전이암보장 보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.

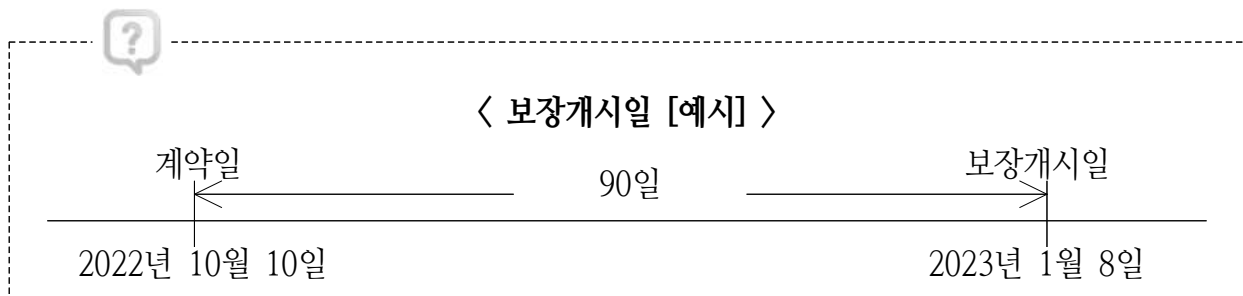
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경

과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다.



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지

급합니다.

- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제3항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 해당 세부보장의 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합형전이암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '통합형전이암'이라 함은 '특정소액암의 전이암', '특정소화기계암Ⅱ의 전이암', '4대특정암의 전이암', '림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암', '심장암및뇌암의 전이암', '폐암Ⅱ의 전이암', '4대특정암Ⅱ의 전이암', '12대특정암의 전이암' 8개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 '암' 및 '전이암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - 1. '암'이라 함은 <별표7> '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. '일반암'이라 함은 제1호에서 정한 '암'에서 제3호의 '갑상선암'과 제4호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 - 3. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 4. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 5. '전이암'이라 함은 <별표38> '전이암 분류표'에서 정한 1. 림프질의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물, 2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물, 3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물을 말합니다.
- ③ 제1항의 '특정소액암의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 유방의 악성 신생물, 2. 자궁경부의 악성 신생물, 3. 자궁체부의 악성 신생물, 4. 전립선의 악성 신생물, 5. 방광의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ④ 제1항의 '특정소화기계암Ⅱ의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 식도의 악성 신생물, 2. 위의 악성 신생물, 3. 소장(小腸)의 악성 신생물, 4. 결장의 악성 신생물, 5. 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 6. 직장의 악성 신생물, 7. 항문 및 항문관의 악성 신생물, 8. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 '4대특정암의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 2. 담낭의 악성 신생물, 3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 4. 췌장의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.

- ⑥ 제1항의 '림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 호지킨림프종, 2. 소포성 림프종, 3. 비소포성 림프종, 4. 성숙T/NK - 세포림프종, 5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종, 6. T/NK - 세포림프종의 기타 명시된 형태, 7. 악성 면역증식성 질환, 8. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물, 9. 림프성 백혈병, 10. 골수성 백혈병, 11. 단핵구성 백혈병, 12. 명시된 세포형의 기타 백혈병, 13. 상세불명 세포형의 백혈병, 14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물, 15. 진성 적혈구증가증, 16. 골수형성이상증후군, 17. 만성 골수증식질환, 18. 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 19. 골수섬유증, 20. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 '심장암및뇌암의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 흉선의 악성 신생물, 2. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물, 3. 수막의 악성 신생물, 4. 뇌의 악성 신생물, 5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ⑧ 제1항의 '폐암Ⅱ의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 기관의 악성 신생물, 2. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ⑨ 제1항의 '4대특정암Ⅱ의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 골 및 관절연골의 악성 신생물, 2. 중피종, 3. 카포시육종, 4. 후복막 및 복막의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ⑩ 제1항의 '12대특정암의 전이암'이라 함은 <별표37> '통합형일반암 분류표'에서 정한 1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물, 2. 비강, 중이, 부비동 및 후두의 악성 신생물, 3. 피부의 악성 흑색종, 4. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물, 5. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물 6. 여성생식기관의 악성 신생물, 7. 남성생식기관의 악성 신생물, 8. 요로의 악성 신생물, 9. 눈 및 부속기의 악성 신생물, 10. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물, 11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물, 12. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ⑪ '통합형전이암' 및 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '통합형전이암' 및 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 '통합형전이암' 및 '일반암'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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



〈 통합형전이암 지급기준 [예시] 〉

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단된 경우 C73(갑상선의 악성 신생물)을 원발로 하여 전이된 암으로 분류하고, 통합형전이암진단비 보험금을 지급하지 않습니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우 C50(유방의 악성 신생물)을 원발로 하여 전이된 암으로 분류하며, 특정소액암의 전이암보장 보험금을 지급합니다.
- C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)으로 진단되었지만 원발암이 확인되지 않아 C80.0(원발부위미상으로 언급된 악성 신생물)로 진단된 경우 12대특정암의 전이암보장 보험금을 지급합니다.
- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌의 이차성 악성 신생물)로 진단되고, 추가로 간으로 전이되어 C78.7(간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)을 원발로 하여 전이된 암으로 분류하며, 폐암Ⅱ의 전이암보장 보험금을 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 통합형전이암으로 진단확정되어 있는 경우 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지

된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시 일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '특정소액암의 전이암', '특정소화기계암Ⅱ의 전이암', '4대특정암의 전이암', '림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암', '심장암및뇌암의 전이암', '폐암Ⅱ의 전이암', '4대특정암Ⅱ의 전이암' 또는 '12대특정암의 전이암'에 해당하는 지급사유가 발생하여 보험금을 지급한 때에는 각각에 대한 세부보장이 소멸됩니다. 이 경우 회사는 소멸되는 세부보장 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '특정소액암의 전이암', '특정소화기계암Ⅱ의 전이암', '4대특정암의 전이암', '림프종및백혈병관련암Ⅱ의 전이암', '심장암및뇌암의 전이암', '폐암Ⅱ의 전이암', '4대특정암Ⅱ의 전이암' 또는 '12대특정암의 전이암'에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합형전이암 세부보장에 대한 보험금 지급사유가 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑥ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-48. 전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 인한 전이암은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 인한 전이암으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암진단비(1회한)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

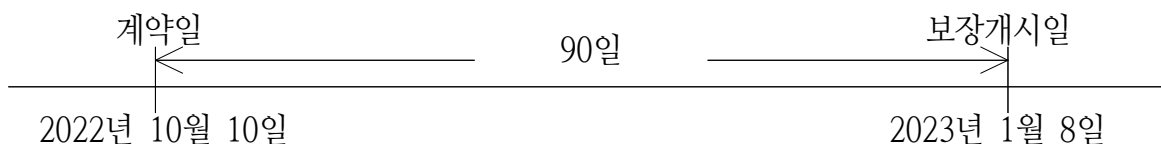
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
- 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 - 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.



〈 보장개시일 [예시] 〉



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
 ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된

경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 [암,일반암, 전이암의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 '암' 및 '전이암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제3호의 '갑상선암'과 제4호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 - 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 4. '전이암'이라 함은 <별표38> '전이암 분류표'에서 정한 1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물, 2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물, 3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물을 말합니다.
- ③ '일반암의 전이암'이라 함은 제2항 제1호에서 정한 '일반암'을 원발로 하여 전이된 '전이암'을 말합니다.
- ④ 제3항의 '일반암의 전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암의 전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 '일반암의 전이암'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암의 전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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



〈 전이암진단비(1회한) 지급기준 [예시] 〉

- C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)로 진단된 경우 C73(갑상선의 악성 신생물)을 원발로 하여 전이된 암으로 분류하고, 전이암진단비 보험금을 지급하지 않습니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우 C50(유방의 악성 신생물)을 원발로 하여 전이된 암으로 분류하며, 전이암진단비 보험금을 지급합니다.
- C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)으로 진단되었지만 원발암이 확인되지 않아 C80.0(원발부위미상으로 언급된 악성 신생물)로 진단된 경우 전이암진단비 보험금을 지급합니다.
- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌의 이차성 악성 신생물)로 진단되고, 추가로 간으로 전이되어 C78.7(간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)을 원발로 하여 전이된 암으로 분류하며, 전이암진단비 보험금을 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 인한 전이암으로 진단 확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지

된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시 일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-49. 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-50. 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 림프절및특정전이암으로 진단확정되었을 때에는 세부보장에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 림프절및특정전이암진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

세부보장	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
림프절전이암 진단시	림프절전이암보장 보험가입금액의 50%	림프절전이암보장 보험가입금액의 100%	림프절전이암보장 보험가입금액의 100%
특정전이암 진단시	특정전이암보장 보험가입금액의 50%	특정전이암보장 보험가입금액의 100%	특정전이암보장 보험가입금액의 100%

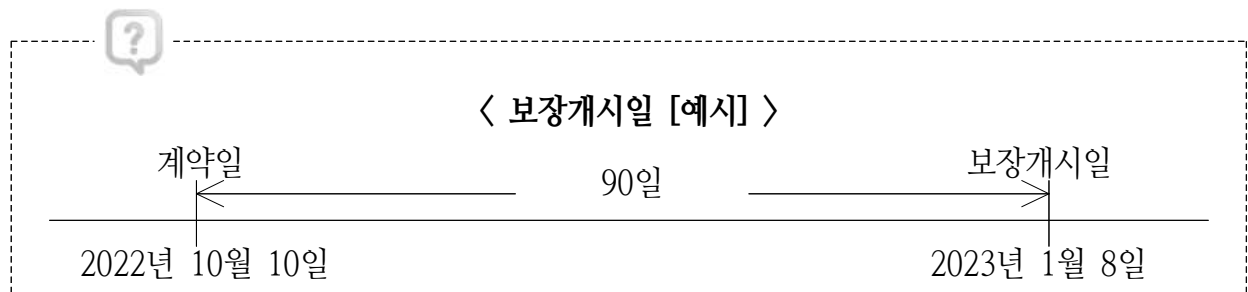
림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

세부보장	1년미만	1년이상
림프절전이암 진단시	림프절전이암보장 보험가입금액의 50%	림프절전이암보장 보험가입금액의 100%
특정전이암 진단시	특정전이암보장 보험가입금액의 50%	특정전이암보장 보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제7조(계약의 소멸) 제3항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 해당 세부보장의 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(림프절및특정전이암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '림프절및특정전이암'이라 함은 '림프절전이암', '특정전이암' 2개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항의 '림프절전이암'이라 함은 <별표4> '림프절및특정전이암 분류표'에서 정한 1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물을 말합니다.
- ③ 제1항의 '특정전이암'이라 함은 <별표4> '림프절및특정전이암 분류표'에서 정한 1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물, 2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물, 3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물을 말합니다.
- ④ '림프절및특정전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '림프절및특정전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 '림프절및특정전이암'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사 결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '림프절및특정전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 림프절및특정전이암으로 진단확정되어 있는 경우 해당 세부보장은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '림프절전이암' 또는 '특정전이암'에 해당하는 지급사유가 발생하여 보험금을 지급한 때에는 각각에 대한 세부보장이 소멸됩니다. 이 경우 회사는 소멸되는 세부보장 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '림프절전이암' 또는 '특정전이암'에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 2회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급

사유)에서 정한 림프절및특정전이암 세부보장에 대한 보험금 지급사유가 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.]

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 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

⑥ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-51. 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-52. 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌혈관질환진단비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 진단확정 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
 ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당

하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 <별표10> '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100

세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금

지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-53. 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-54. 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌졸중으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 <별표11> '뇌졸중 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하

여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청

구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-55. 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-56. 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 <별표12> '뇌출혈 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하

여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청

구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-57. 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-58. 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 허혈심장질환으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 허혈심장질환진단비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 진단확정 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
 ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당

하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 <별표13> '허혈심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형

Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조

(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-59. 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-60. 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 <별표14> '급성심근경색증 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자

에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구

하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-61. 특정심장질환 I 진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

2-62. 특정심장질환 I 진단비(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정심장질환 I 으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 특정심장질환 I 진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

특정심장질환 I 진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

특정심장질환 I 진단비(간편맞춤형 II) 특별약관

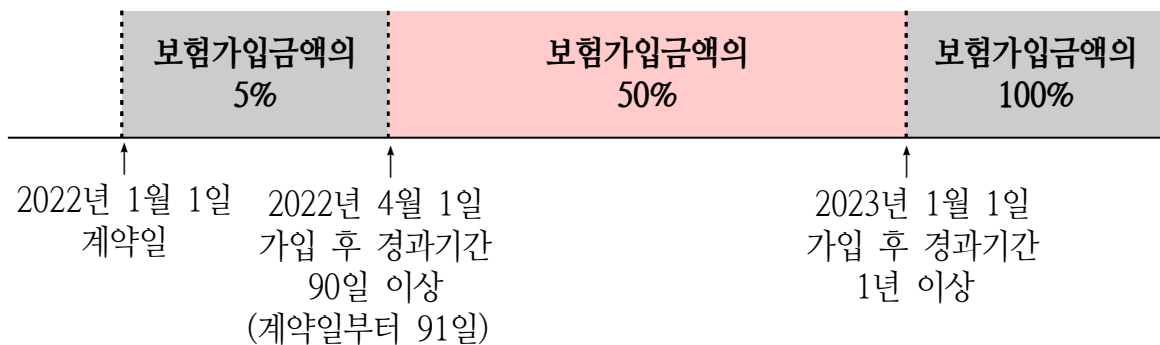
90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정심장질환 I의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '특정심장질환 I'이라 함은 <별표43> '특정심장질환 I 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 특정심장질환 I의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 특정심장질환 I으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환 I으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약

환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-63. 특정심장질환Ⅱ 진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-64. 특정심장질환Ⅱ 진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정심장질환Ⅱ으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 특정심장질환Ⅱ 진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

특정심장질환Ⅱ 진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

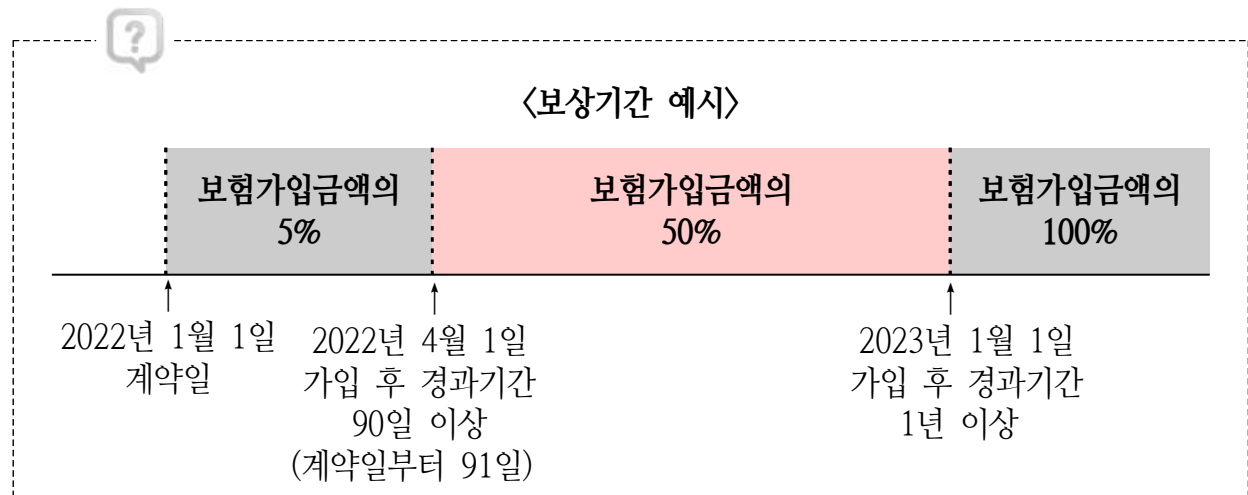
최초계약			갱신후계약
90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

특정심장질환Ⅱ 진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정심장질환Ⅱ의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '특정심장질환Ⅱ'이라 함은 <별표44> '특정심장질환Ⅱ 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 특정심장질환Ⅱ의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 특정심장질환Ⅱ으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환Ⅱ으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약

환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-65. 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-66. 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정심장질환Ⅲ으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 특정심장질환Ⅲ진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

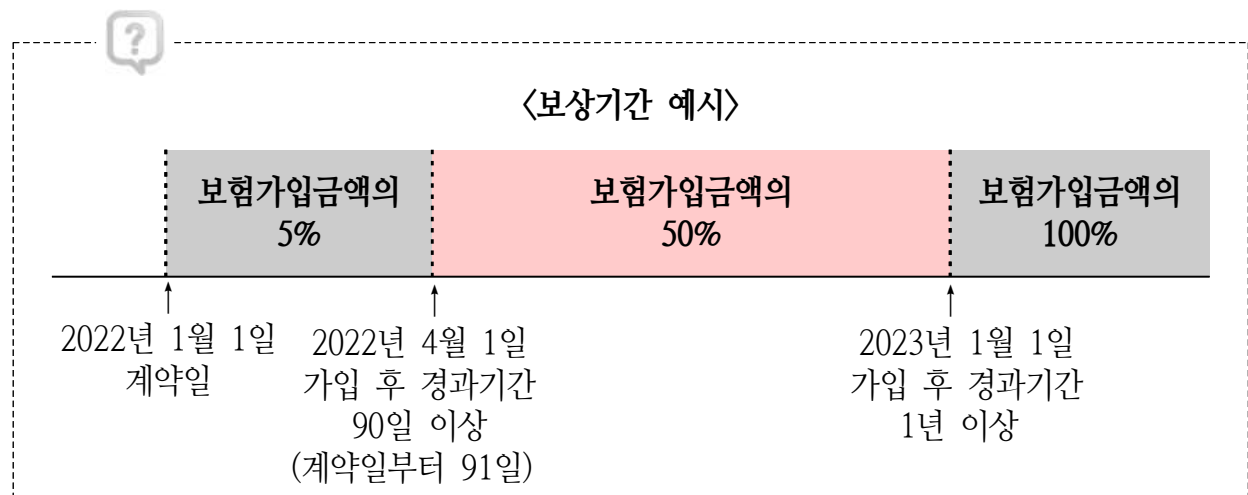
특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정심장질환Ⅲ의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '특정심장질환Ⅲ'이라 함은 <별표45> '특정심장질환Ⅲ 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 특정심장질환Ⅲ의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 특정심장질환Ⅲ으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환Ⅲ으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약

환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-67. 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-68. 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정심장질환Ⅳ으로 진단확정되었을 때에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 특정심장질환Ⅳ진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

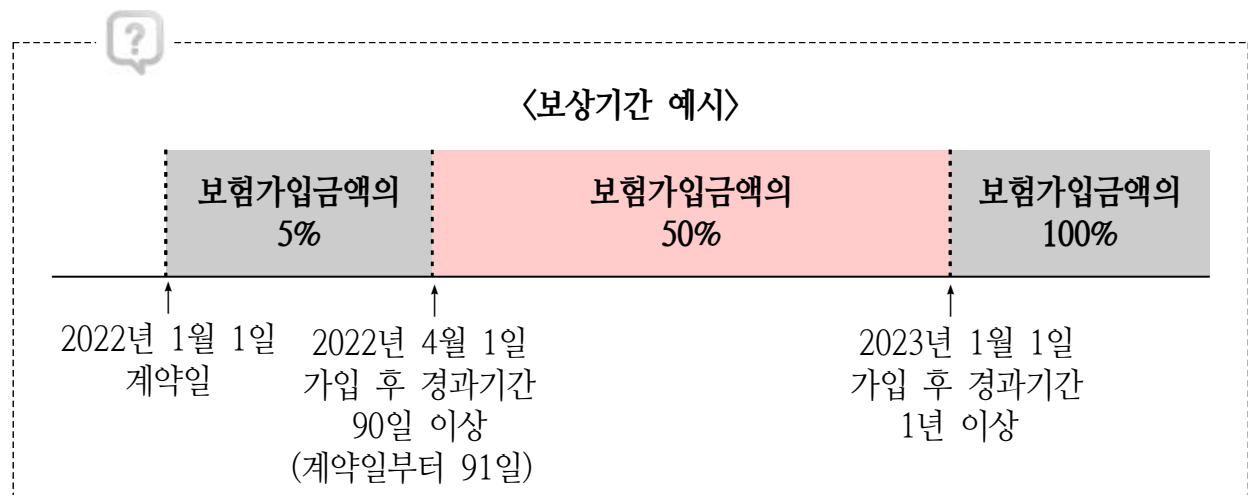
특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 진단확정 시를, '90일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
 ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정심장질환Ⅳ의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '특정심장질환Ⅳ'이라 함은 <별표46> '특정심장질환Ⅳ 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 특정심장질환Ⅳ의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 특정심장질환Ⅳ으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 특정심장질환Ⅳ으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약

환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-69. 일반암진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 일반암진단비(가사도우미지원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 지급합니다.



갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

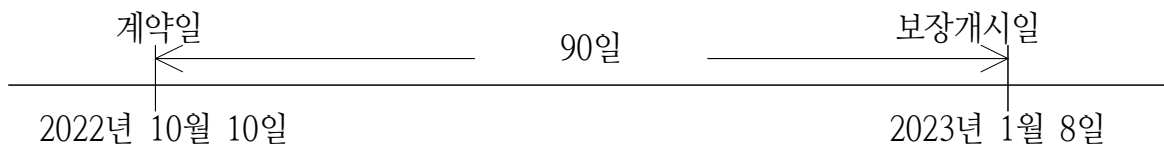
※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)> 참조

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



< 보장개시일 [예시] >



- ② 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항 내지 제3항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제10조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(가사도우미지원 프로그램의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '가사도우미지원 프로그램'이란 피보험자에게 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 보험회사가 지급하여야 할 보험금을 대신하여 가사도우미지원 프로그램(<별표22> '가사도우미지원 프로그램 세부내용' 참조)을 제후회사가 직접 보험수익자에게 제공하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 제후회사라 함은 회사와 가사도우미지원 프로그램에 대한 업무협약을 체결하고,

가사도우미지원 프로그램의 제공의무를 지는 자를 말합니다.



〈 가사도우미지원 프로그램 〉

주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스로 구성됩니다(4시간 기본제공 기준).

제5조(가사도우미지원 프로그램의 구성 및 제공)

- ① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 가사도우미지원 프로그램을 제휴회사를 통해 보험수익자에게 제공합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험수익자가 현금으로 지급받기를 원하거나, 회사가 부득이한 이유로 가사도우미지원 프로그램을 제공할 수 없는 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하고 가사도우미지원 프로그램을 제공하지 않습니다.
- ③ 제1항의 가사도우미지원 프로그램은 4시간을 기준으로 하며, 보험수익자의 사정으로 4시간 미만으로 사용한 경우에도 4시간을 사용한 것으로 간주하며, 이 때 가사도우미를 사용하지 않는 시간에 대한 가사도우미지원 프로그램의 상당액은 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자가 제1항에서 정한 가사도우미지원 프로그램 이외의 추가 프로그램을 이용하거나 제휴회사가 제공하기로 한 프로그램 지원 횟수를 초과하여 이용한 경우 해당 프로그램비용은 제휴회사에 별도로 부담하여야 합니다.
- ⑤ 제1항의 가사도우미지원 프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.
- ⑥ 제1항 및 제4항에도 불구하고 보험수익자가 가사도우미지원 프로그램을 이용할 수 없거나 가사도우미지원 프로그램의 일부 프로그램을 이용하고 중지를 신청한 경우 제휴회사는 보험금에서 그 때까지 이용한 프로그램 비용을 차감하여 지급합니다. 이 경우 프로그램 비용은 회사와 제휴회사 간 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

- ① 이 특별약관은 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신) 제1항 내지 제3항, 제44조[갱신 계약 제1회 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제], 제45조(자동갱신 적용)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시 갱신시점의 보험료 및 보험가입금액은 업무협약을 맺은 제후회사의 가격변동(향후 물가상승 및 생활환경의 변화, 가사도우미지원프로그램 단가상승 등)의 사유로 인하여 변동 될 수 있습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌졸중으로 진단확정되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 뇌졸중진단비(가사도우미지원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제8조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 <별표11> '뇌졸중 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(가사도우미지원 프로그램의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '가사도우미지원 프로그램'이란 피보험자에게 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 보험회사가 지급하여야 할 보험금을 대신하여 가사도우미지원 프로그램(<별표22> '가사도우미지원 프

로그래 세무내용' 참조)을 제휴회사가 직접 보험수익자에게 제공하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 제휴회사라 함은 회사와 가사도우미지원 프로그램에 대한 업무협약을 체결하고, 가사도우미지원 프로그램의 제공의무를 지는 자를 말합니다.



〈 가사도우미지원 프로그램 〉

주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스로 구성됩니다(4시간 기본제공 기준).

제5조(가사도우미지원 프로그램의 구성 및 제공)

- ① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 가사도우미지원 프로그램을 제휴회사를 통해 보험수익자에게 제공합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험수익자가 현금으로 지급받기를 원하거나, 회사가 부득이한 이유로 가사도우미지원 프로그램을 제공할 수 없는 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하고 가사도우미지원 프로그램을 제공하지 않습니다.
- ③ 제1항의 가사도우미지원 프로그램은 4시간을 기준으로 하며, 보험수익자의 사정으로 4시간 미만으로 사용한 경우에도 4시간을 사용한 것으로 간주하며, 이 때 가사도우미를 사용하지 않는 시간에 대한 가사도우미지원 프로그램의 상당액은 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자가 제1항에서 정한 가사도우미지원 프로그램 이외의 추가 프로그램을 이용하거나 제휴회사가 제공하기로 한 프로그램 지원 횟수를 초과하여 이용한 경우 해당 프로그램비용은 제휴회사에 별도로 부담하여야 합니다.
- ⑤ 제1항의 가사도우미지원 프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.
- ⑥ 제1항 및 제4항에도 불구하고 보험수익자가 가사도우미지원 프로그램을 이용할 수 없거나 가사도우미지원 프로그램의 일부 프로그램을 이용하고 중지를 신청한 경우 제휴회사는 보험금에서 그 때까지 이용한 프로그램 비용을 차감하여 지급합니다. 이 경우 프로그램 비용은 회사와 제휴회사 간 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

- ① 이 특별약관은 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신) 제1항 내지 제3항, 제44조[갱신 계약 제1회 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제], 제45조(자동갱신 적용)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시 갱신시점의 보험료 및 보험가입금액은 업무협약을 맺은 제후회사의 가격변동(향후 물가상승 및 생활환경의 변화, 가사도우미지원프로그램 단가상승 등)의 사유로 인하여 변동 될 수 있습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증진단비(가사도우미지원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제9조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 <별표14> '급성심근경색증 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(가사도우미지원 프로그램의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '가사도우미지원 프로그램'이란 피보험자에게 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 보험회사가 지급하여야 할 보험금을 대신하여 가사도우미지원 프로그램(<별표22> '가사도우미지원 프

로그래 세부분내용' 참조)을 제휴회사가 직접 보험수익자에게 제공하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 제휴회사라 함은 회사와 가사도우미지원 프로그램에 대한 업무협약을 체결하고, 가사도우미지원 프로그램의 제공의무를 지는 자를 말합니다.



〈 가사도우미지원 프로그램 〉

주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스로 구성됩니다(4시간 기본제공 기준).

제5조(가사도우미지원 프로그램의 구성 및 제공)

- ① 회사는 피보험자에게 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 가사도우미지원 프로그램을 제휴회사를 통해 보험수익자에게 제공합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험수익자가 현금으로 지급받기를 원하거나, 회사가 부득이한 이유로 가사도우미지원 프로그램을 제공할 수 없는 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하고 가사도우미지원 프로그램을 제공하지 않습니다.
- ③ 제1항의 가사도우미지원 프로그램은 4시간을 기준으로 하며, 보험수익자의 사정으로 4시간 미만으로 사용한 경우에도 4시간을 사용한 것으로 간주하며, 이 때 가사도우미를 사용하지 않는 시간에 대한 가사도우미지원 프로그램의 상당액은 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자가 제1항에서 정한 가사도우미지원 프로그램 이외의 추가 프로그램을 이용하거나 제휴회사가 제공하기로 한 프로그램 지원 횟수를 초과하여 이용한 경우 해당 프로그램비용은 제휴회사에 별도로 부담하여야 합니다.
- ⑤ 제1항의 가사도우미지원 프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.
- ⑥ 제1항 및 제4항에도 불구하고 보험수익자가 가사도우미지원 프로그램을 이용할 수 없거나 가사도우미지원 프로그램의 일부 프로그램을 이용하고 중지를 신청한 경우 제휴회사는 보험금에서 그 때까지 이용한 프로그램 비용을 차감하여 지급합니다. 이 경우 프로그램 비용은 회사와 제휴회사 간 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱

신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

- ① 이 특별약관은 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신) 제1항 내지 제3항, 제44조[갱신 계약 제1회 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제], 제45조(자동갱신 적용)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 갱신시 갱신시점의 보험료 및 보험가입금액은 업무협약을 맺은 제후회사의 가격변동(향후 물가상승 및 생활환경의 변화, 가사도우미지원프로그램 단가상승 등)의 사유로 인하여 변동 될 수 있습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-72. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-73. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 3일 초과 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암직접치료입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

구분		최초계약		갱신후계약
		1년미만	1년이상	
일반암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로				
제자리암으로				
경계성종양으로				

암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분		1년미만	1년이상
일반암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로			
제자리암으로			
경계성종양으로			

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

- ② 보험금 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

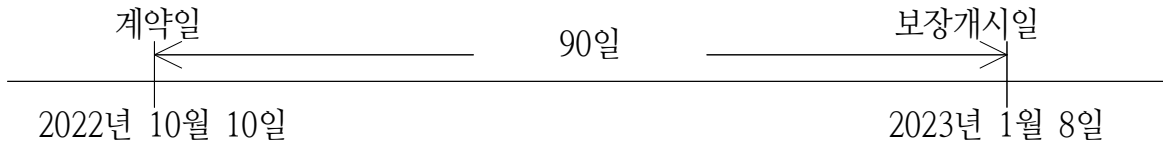
1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에

시작합니다.

2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



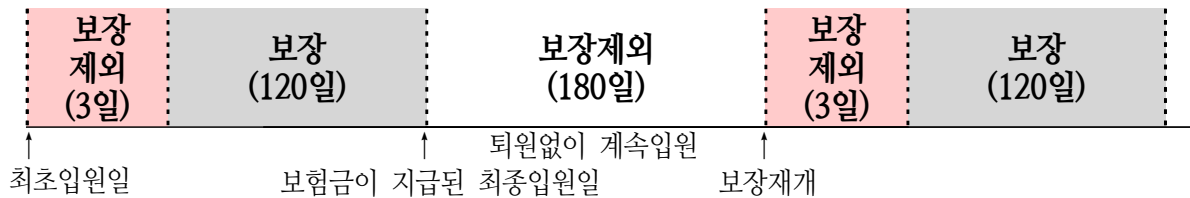
〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



- ② 피보험자가 동일한 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 암관련질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈 보장기간 예시〉



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 4일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 4일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 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 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다)를 말합니다.
- ② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 암관련질환에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'

을 제외한 암을 말합니다.

2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단 확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련 질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장

개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우

2. 이 특별약관을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-74. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-75. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 아래에 정한 금액을 암직접치료입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

구분		최초계약		갱신후계약
		1년미만	1년이상	
일반암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로				
제자리암으로				
경계성종양으로				

암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분		1년미만	1년이상
일반암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로			
제자리암으로			
경계성종양으로			

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

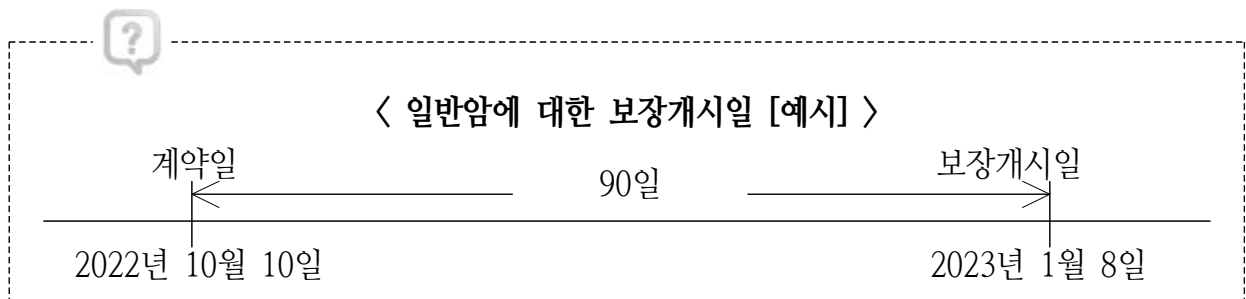
- ② 보험금 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

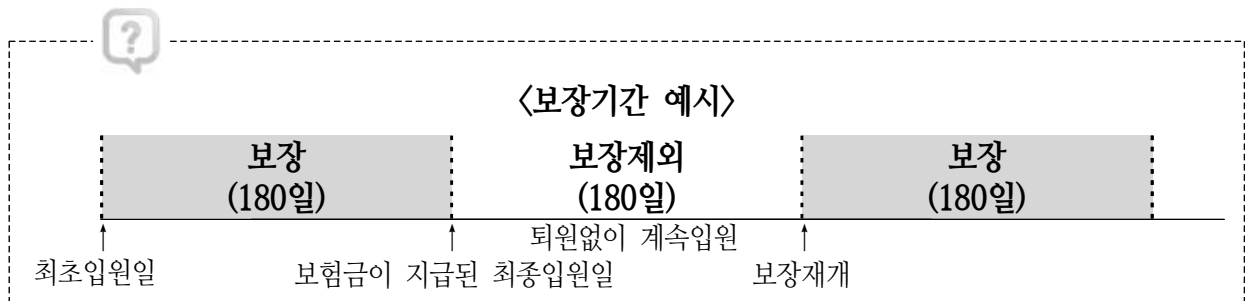
- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다.

2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날
에 시작합니다.



- ② 피보험자가 동일한 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 암관련질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암과 관련된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우

로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 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 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다)를 말합니다.
- ② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 암관련질환에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신

생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단 확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련 질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장 개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 이 특별약관을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경

우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-76. 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-77. 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 3일 초과 입원 1일당 아래에 정한 금액을 요양병원암입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분		최초계약		갱신후계약
		1년미만	1년이상	
일반암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로				
제자리암으로				
경계성종양으로				

요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분		1년미만	1년이상
일반암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	4일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로			
제자리암으로			
경계성종양으로			

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 4일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

- ② 보험금 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

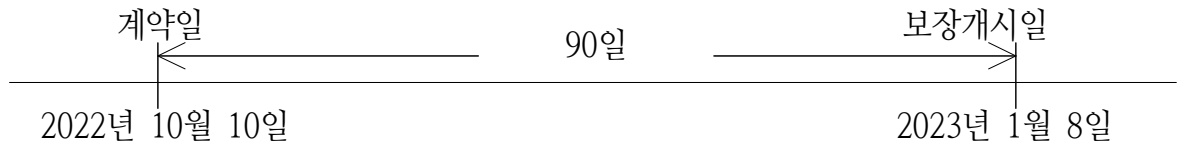
- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다.
2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날

에 시작합니다.



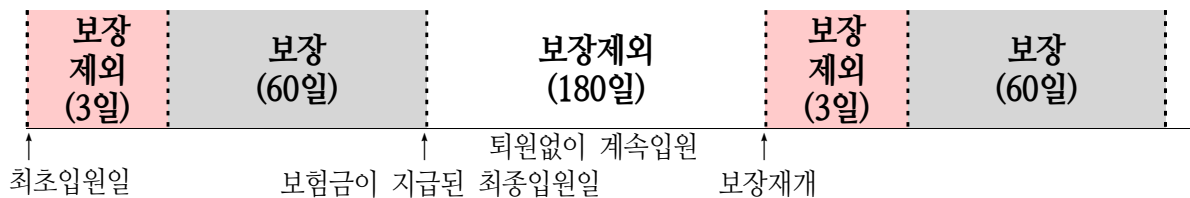
〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



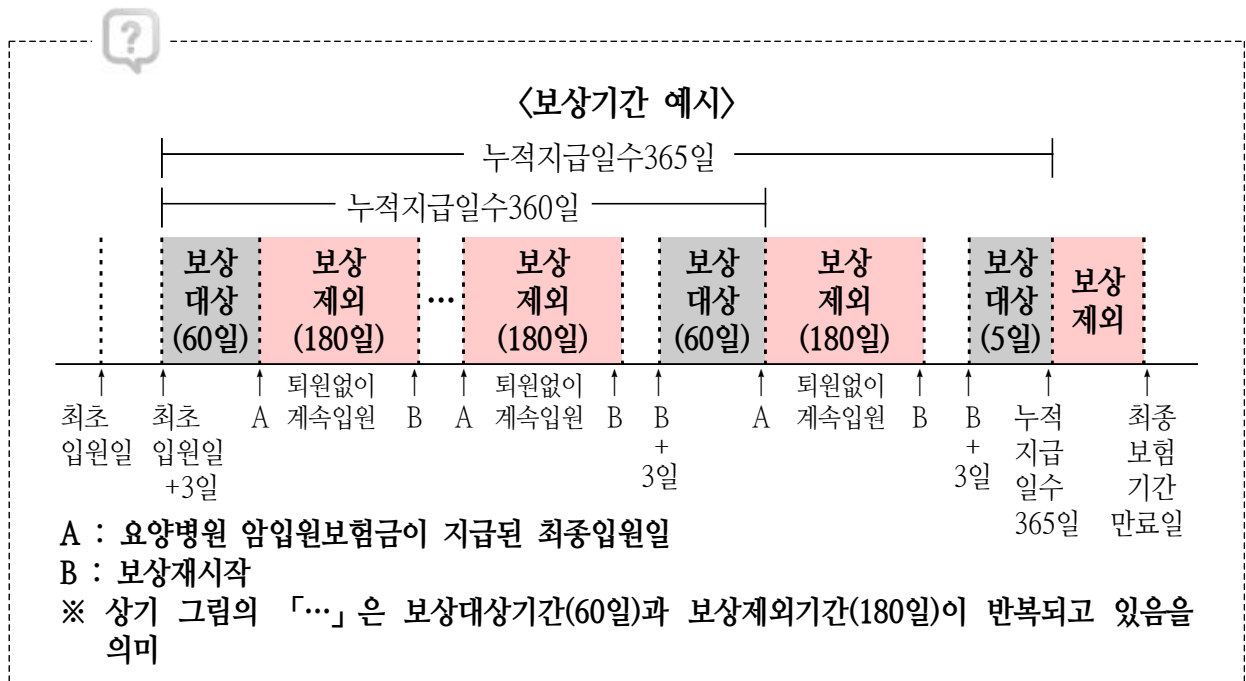
- ② 피보험자가 동일한 암관련질병으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암관련질병으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 암관련질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 암관련질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 보험금의 누적 지급일수(이하 '누적지급일수'라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일(갱신형계약의 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일)까지 동일한 암관련질병으로 인한 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 암관련질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 암관련질병으로 보지 않습니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 4일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 4일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 암관련질병으로 요양병원에 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단 확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각

각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 이 특별약관을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규

정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-78. 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-79. 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병으로 1일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 아래에 정한 금액을 요양병원암입원비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)				
구분		최초계약		갱신후계약
		1년미만	1년이상	
일반암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로				
제자리암으로				
경계성종양으로				

요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관			
구분		1년미만	1년이상
일반암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암으로	1일이상 계속 입원 시	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%
기타피부암으로			
제자리암으로			
경계성종양으로			

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 미만 내에 해당하는 경우, '1년 이상'은 1일째 입원일이 가입 후 경과기간 1년 이후에 해당하는 경우를 의미합니다.

- ② 보험금 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

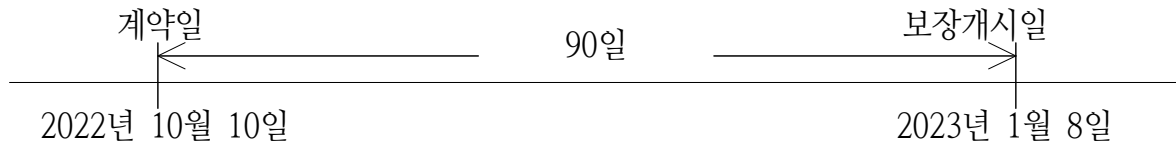
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다.
 2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날

에 시작합니다.



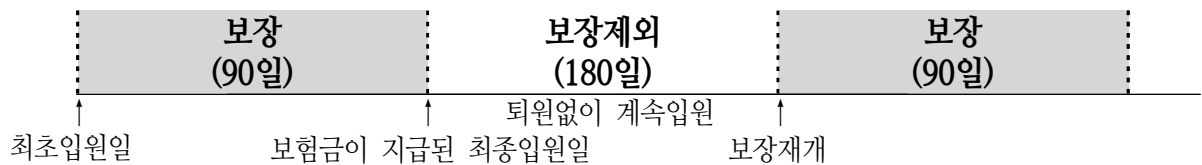
〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



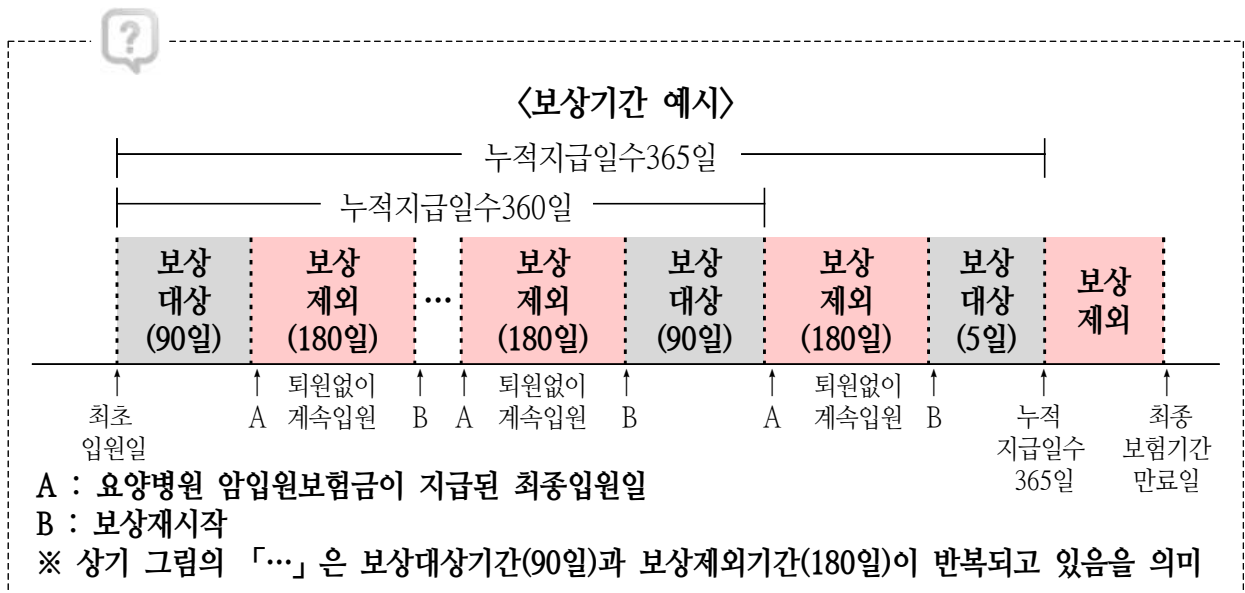
- ② 피보험자가 동일한 암관련질병으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암관련질병으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 암관련질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 암관련질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 보험금의 누적 지급일수(이하 '누적지급일수'라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일(갱신형계약의 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일)까지 동일한 암관련질병으로 인한 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 암관련질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 암관련질병으로 보지 않습니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 암관련질병으로 요양병원에 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단 확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련 질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 이 특별약관을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계

약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-80. 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-81. 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암직접치료통원비(요양병원 제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

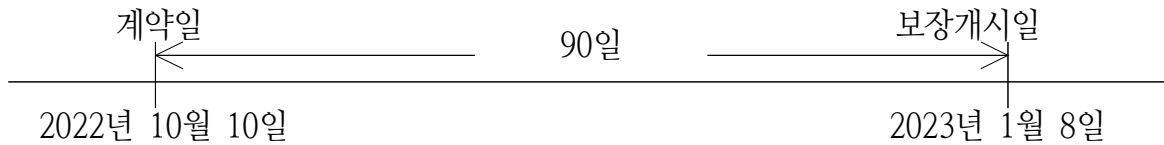
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비의 지급횟수는 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암관련질병의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '암관련질병'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '암관련질병'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암관련질병'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암관련질병'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 - 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다.
 - 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '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 '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단 확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관[단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 '병원'이라 합니다]에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 봄

니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :
가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-82. 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-83. 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료통원비(종합병원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

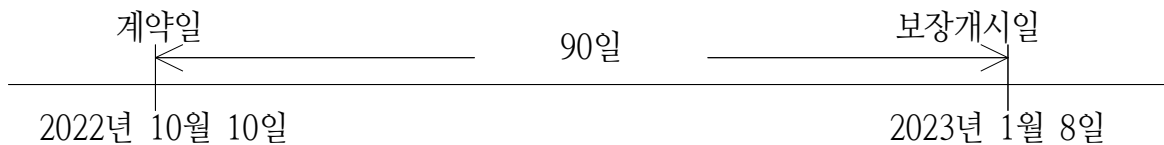
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암관련질병의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '암관련질병'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '암관련질병'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암관련질병'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암관련질병'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다.
2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



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

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '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 '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-84. 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-85. 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암직접치료통원비(상급종합병원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

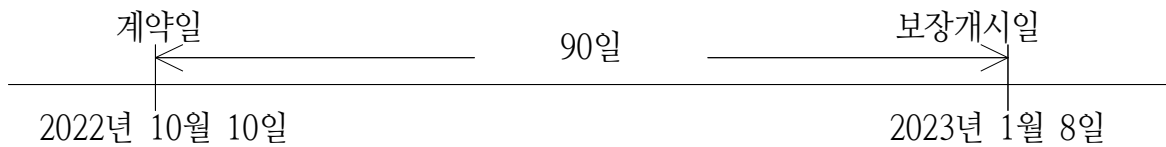
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암관련질병의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '암관련질병'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '암관련질병'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암관련질병'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암관련질병'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다.
2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



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

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '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 면역 치료
 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 '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양'의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 5. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '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 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-86. 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-87. 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

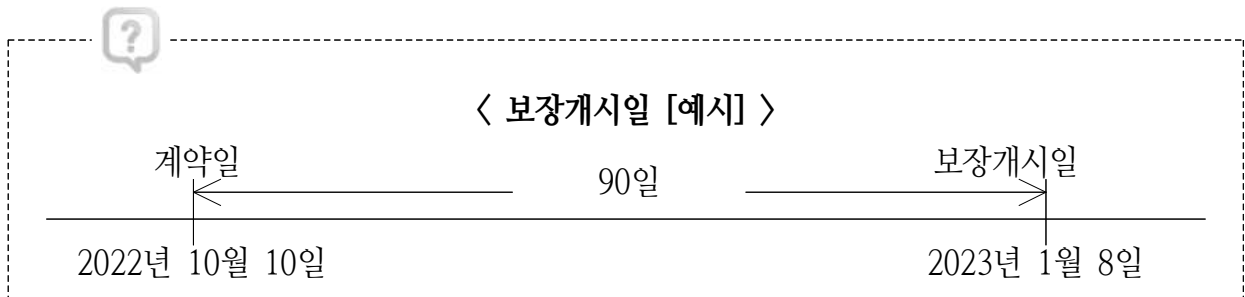
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 일반암직접치료통원비의 지급횟수는 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에서 '일반암의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '일반암'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '일반암'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '일반암'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '일반암'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여

90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신행 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '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

제4조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관[단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 '병원'이라 합니다]에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약

관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청

구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-88. 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-89. 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 일반암직접치료통원비(종합병원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

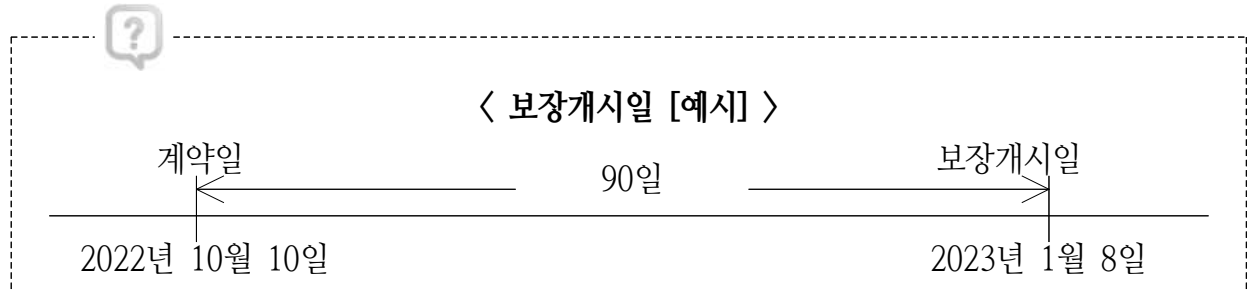
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 일반암직접치료통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에서 '일반암의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '일반암'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '일반암'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '일반암'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '일반암'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(종합병원의 정의)의

종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제 1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신행 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



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

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '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

제4조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-90. 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-91. 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 〈갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)〉 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한합니다.

일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

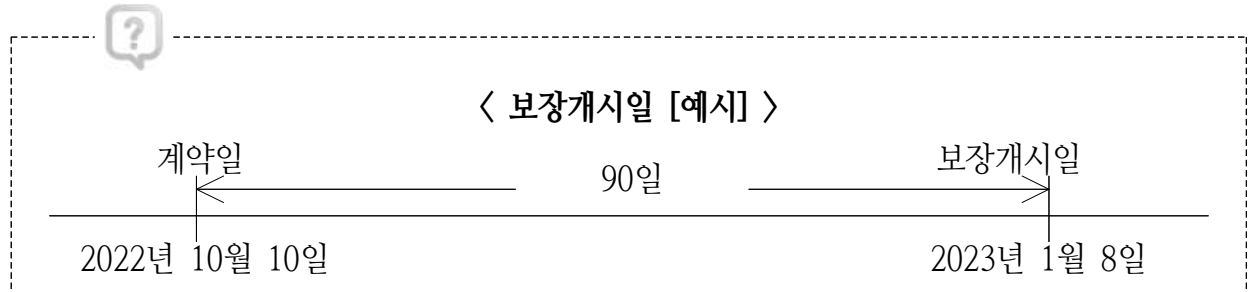
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)의 일반암직접치료통원비의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에서 '일반암의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '일반암'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '일반암'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '일반암'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '일반암'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의

정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신행 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



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

제3조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '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

제4조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '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 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-92. 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-93. 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 일반암수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

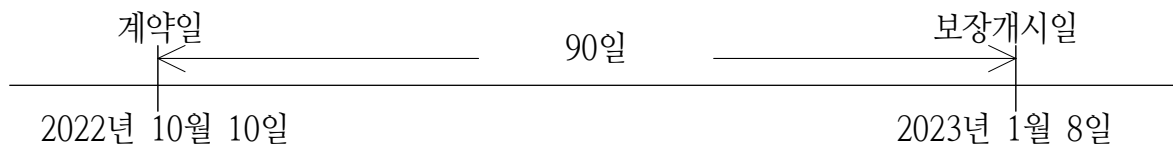
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



〈 보장개시일 [예시] 〉



- 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(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 '수술'에는 '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 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.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

< 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) >

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가

생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-94. 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-95. 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)> 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 일반암수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

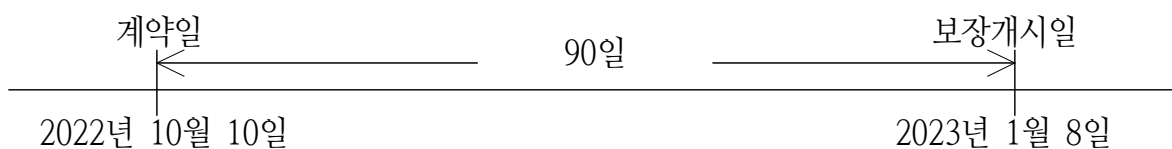
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선치료 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.

② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



< 보장개시일 [예시] >



- 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(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 '수술'에는 '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 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.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간관 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 〈별표7〉 '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 이 특별약관에서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 〈별표7〉 '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 〈별표7〉 '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-96. 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-97. 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터

터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

- ④ 제1항의 '수술'에는 '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 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 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간관 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 〈별표7〉 '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 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
4. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제2항의 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된

특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-98. 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

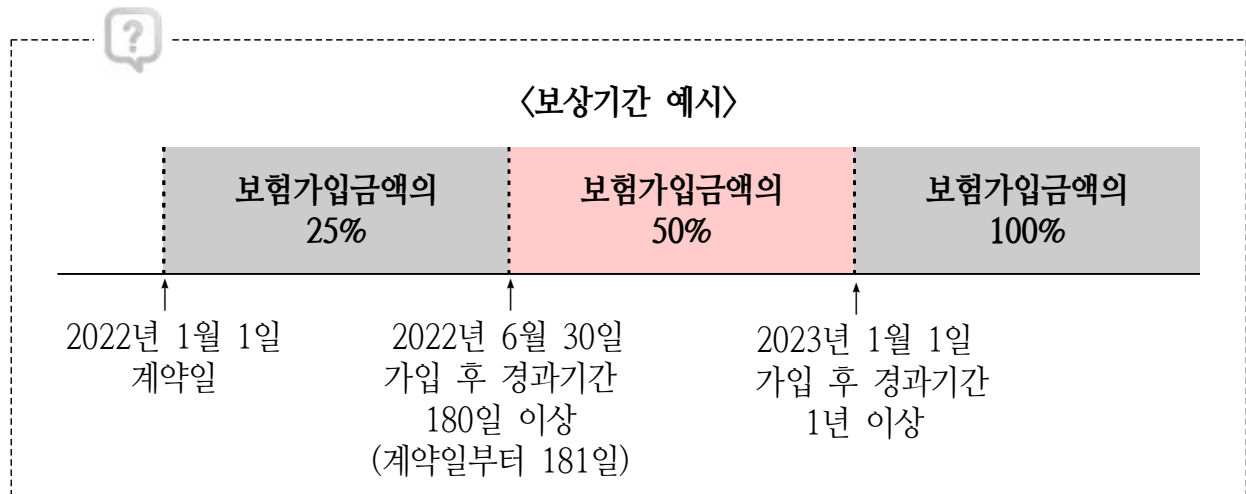
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암(갑상선암 및 전립선암 제외)으로 진단확정되고 그 암(갑상선암 및 전립선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
180일 미만	180일~1년 미만	1년이상	
보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '180일 미만'은 가입 후 경과기간 180일 미만 내 수술 시, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상, 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

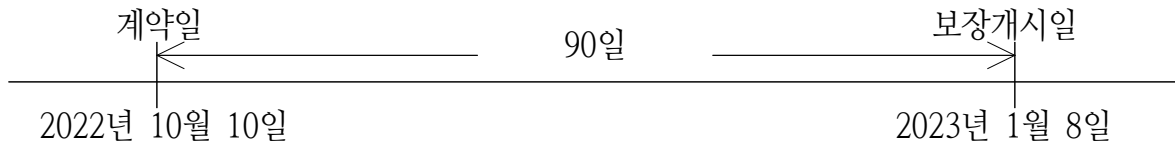


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



〈 보장개시일 [예시] 〉



- 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(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 제1항의 '수술'에는 '항암방사선치료' 및 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암관련질환의 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 것을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(다빈치로봇 암수술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '다빈치로봇 암수술'이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 〈별표 17〉 '다빈치로봇 암수술 분류표'에서 정한 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.



〈 다빈치로봇 암수술 〉

다빈치로봇 암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇 암수술'을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 '다빈치로봇 암수술'과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(암 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 〈별표7〉 '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 이 특별약관에서 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '전립선암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '전립선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)' 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 암(갑상선암 및 전립선암 제외)으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-99. 다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

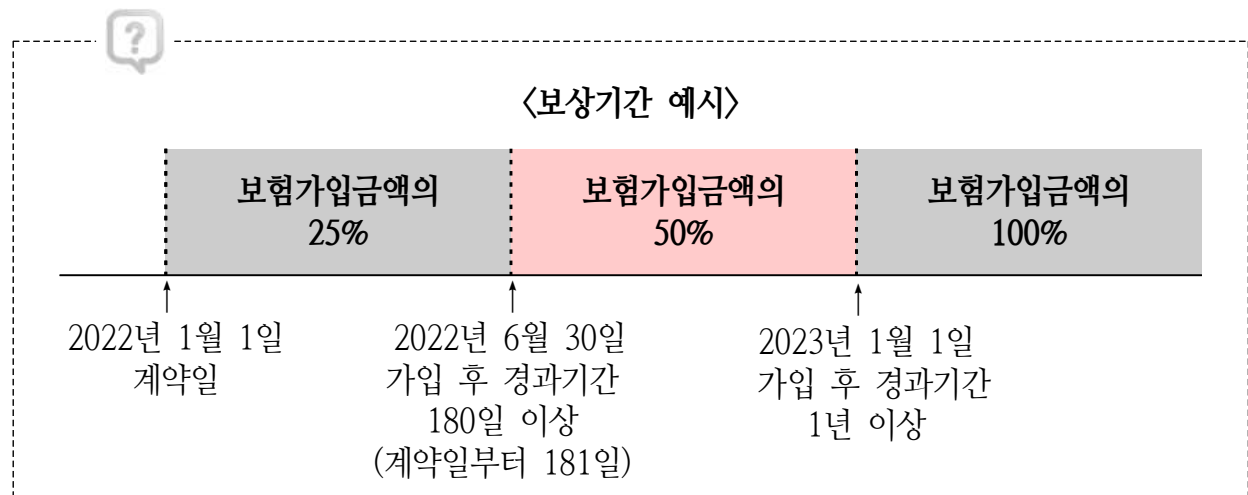
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 갑상선암 또는 전립선암으로 진단확정되고 갑상선암 또는 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암 수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
180일 미만	180일~1년 미만	1년이상	
보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '180일 미만'은 가입 후 경과기간 180일 미만 내 수술 시, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상, 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선치료 및 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.
- ② 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫 날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(다빈치로봇 암수술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '다빈치로봇 암수술'이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 〈별표 17〉 '다빈치로봇 암수술 분류표'에서 정한 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.



〈 다빈치로봇 암수술 〉

다빈치로봇 암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇 암수술'을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'의 개정에 따라 제1항 의 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 '다빈치로봇 암수술'과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(갑상선암 및 전립선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '갑상선암' 및 '전립선암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. '전립선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C61(전립선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '갑상선암' 및 '전립선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)' 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 보장개시일의 전일 이전에 갑상선암 또는 전립선암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- ③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봄

니다.

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

- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-100. 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-101. 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환 수술비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 수술 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 수술 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 〈별표10〉 '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환수술비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 수술 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 수술 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 <별표10> '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-102. 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-103. 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%

뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 이 특별약관에서 '관혈수술'이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 '비관혈수술'은 '내시경수술', '카테터수술', '신의료수술'을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 내시경수술 〉

인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다. 다만, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 제외합니다.

〈 카테터수술 〉

인체의 일부(주로혈관)와 외부를 연결해 주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입' 과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 신의료수술 〉

관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 기술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 〈별표10〉 '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%

뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

- ④ 이 특별약관에서 '관혈수술'이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 '비관혈수술'은 '내시경수술', '카테터수술', '신의료수술'을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 내시경수술 〉

인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다. 다만, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 제외합니다.

〈 카테터수술 〉

인체의 일부(주로혈관)와 외부를 연결해 주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입' 과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 신의료수술 〉

관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 〈별표10〉 '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-104. 뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-105. 뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌출혈으로 진단확정되고 그 뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 뇌출혈수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌출혈'이라 함은 〈별표12〉 '뇌출혈 분류표'에서 정한 뇌출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료

납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조

(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-106. 뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-107. 뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 뇌졸중으로 진단확정되고 그 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 뇌졸중수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌졸중'이라 함은 〈별표11〉 '뇌졸중 분류표'에서 정한 뇌졸중으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료

납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조

(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-108. 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-109. 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 허혈심장질환수술비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

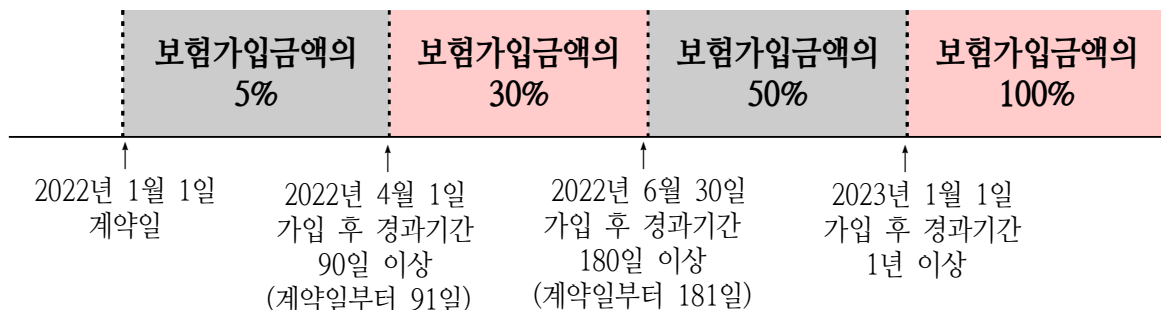
허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 수술 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 수술 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉



제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

< 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) >

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 <별표13> '허혈심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계

약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 허혈심장질환수술비Ⅲ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 수술 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 수술 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 <별표13> '허혈심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-110. 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-111. 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 허혈심장질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%

허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
 ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 이 특별약관에서 '관혈수술'이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 '비관혈수술'은 '내시경수술', '카테터수술', '신의료수술'을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 내시경수술 〉

인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다. 다만, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 제외합니다.

〈 카테터수술 〉

인체의 일부(주로혈관)와 외부를 연결해 주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입' 과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 신의료수술 〉

관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 〈별표13〉 '허혈심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 허혈심장질환수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%

허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
관혈수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
비관혈수술시	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 50%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

- ④ 이 특별약관에서 '관혈수술'이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 '비관혈수술'은 '내시경수술', '카테터수술', '신의료수술'을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 내시경수술 〉

인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다. 다만, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 제외합니다.

〈 카테터수술 〉

인체의 일부(주로혈관)와 외부를 연결해 주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입' 과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 신의료수술 〉

관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '허혈심장질환'이라 함은 〈별표13〉 '허혈심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 봄

니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :
가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-112. 급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-113. 급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 급성심근경색증으로 진단확정되고 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 급성심근경색증수술비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 〈별표14〉 '급성심근경색증 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 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 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의

보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-114. 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-115. 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암(이하 '암'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래 정한 금액을 최초 1회에 한하여 항암방사선치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
일반암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암			
기타피부암	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
일반암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암		
기타피부암	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

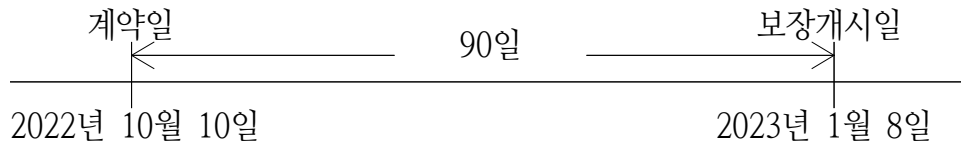
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암방사선치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암방사선치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 기타피부암으로 항암방사선치료를 받아 보험금을 지급받은 후 일반암 또는 갑상선암으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 일반암 또는 갑상선암에 대한 보험금을 지급하며, 일반암 또는 갑상선암으로 항암방사선치료를 받아 보험금을 지급받은 후 기타피부암으로 항암방사선치료를 받는 경우에는 기타피부암에 대한 보험금은 지급하지 않습니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 - 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 - 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.
 - 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



- 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(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 〈별표7〉 '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 이 특별약관에 있어서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 〈별표7〉 '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 〈별표7〉 '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다(단, 기타피부암에 대한 보험금을 지급받은 경우는 제외합니다). 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반암 또는 갑상선암에 대한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조

(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-116. 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-117. 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암(이하 '암'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 항암약물치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
일반암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암			
기타피부암	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
일반암	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암		
기타피부암	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

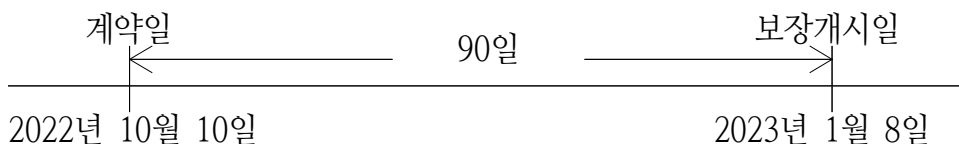
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암약물치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암약물치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 기타피부암으로 항암약물치료를 받아 보험금을 지급받은 후 일반암 또는 갑상선암으로 항암약물치료를 받은 경우에는 일반암 또는 갑상선암에 대한 보험금을 지급하며, 일반암 또는 갑상선암으로 항암약물치료를 받아 보험금을 지급받은 후 기타피부암으로 항암약물치료를 받는 경우에는 기타피부암에 대한 보험금은 지급하지 않습니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 - 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 - 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.
 - 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



- 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(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다(단, 기타피부암에 대한 보험금을 지급받은 경우는 제외합니다). 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반암 또는 갑상선암에 대한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조

(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-118. 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-119. 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암(이하 '암'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래 정한 금액을 최초 1회에 한하여 항암방사선치료비Ⅱ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
일반암 (최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암, 기타피부암 (각각 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
일반암 (최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암, 기타피부암 (각각 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암방사선치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암방사선치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

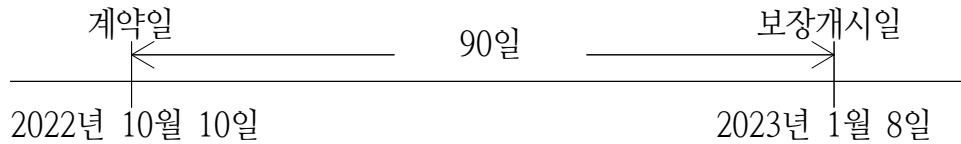
- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 갑상선암 또는 기타피부암으로 항암방사선치료를 받아 보험금을 지급받은 후 일반암으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 일반암에 대한 보험금을 지급하며, 일반암으로 항암방사선치료를 받아 보험금을 지급받은 후 갑상선암 또는 기타피부암으로 항암방사선치료를 받는 경우에는 갑상선암 또는 기타피부암에 대한 보험금은 지급하지 않습니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 - 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난

날의 다음날에 시작합니다.

2. 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.
3. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



< 일반암에 대한 보장개시일 [예시] >



- 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(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다(단, 갑상선암 또는 기타피부암에 대한 보험금을 지급받은 경우는 제외합니다). 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반암으로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금

지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-120. 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-121. 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 암(이하 '암'이라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 항암약물치료비Ⅱ(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
일반암 (최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
갑상선암, 기타피부암 (각각 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 20%

항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	1년미만	1년이상
일반암 (최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암, 기타피부암 (각각 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 20%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암약물치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암약물치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

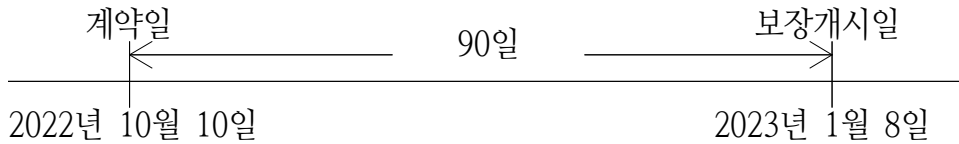
- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 갑상선암 또는 기타피부암으로 항암약물치료를 받아 보험금을 지급받은 후 일반암으로 항암약물치료를 받은 경우에는 일반암에 대한 보험금을 지급하며, 일반암으로 항암약물치료를 받아 보험금을 지급받은 후 갑상선암 또는 기타피부암으로 항암약물치료를 받는 경우에는 갑상선암 또는 기타피부암에 대한 보험금은 지급하지 않습니다.
- 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
 - 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난

날의 다음날에 시작합니다.

2. 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.
3. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



- 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(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다(단, 갑상선암 또는 기타피부암에 대한 보험금을 지급받은 경우는 제외합니다). 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반암으로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금

지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-122. 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

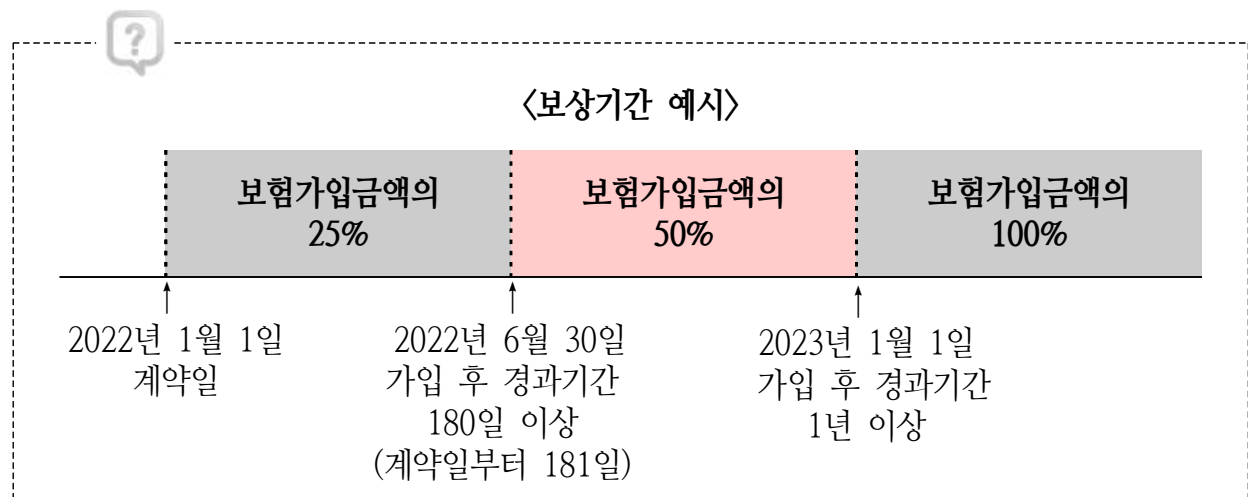
회사는 피보험자가 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 아래에 정한 금액을 각각 연간 1회에 한하여 표적항암약물허가치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암으로 진단확정되고 그 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 그 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우

표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '180일미만'은 가입 후 경과기간 180일 미만 내 표적항암약물허가치료 시를, '180일~1년미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상, 1년 미만 내 표적항암약물허가치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 표적항암약물허가치료 시를 의미합니다.

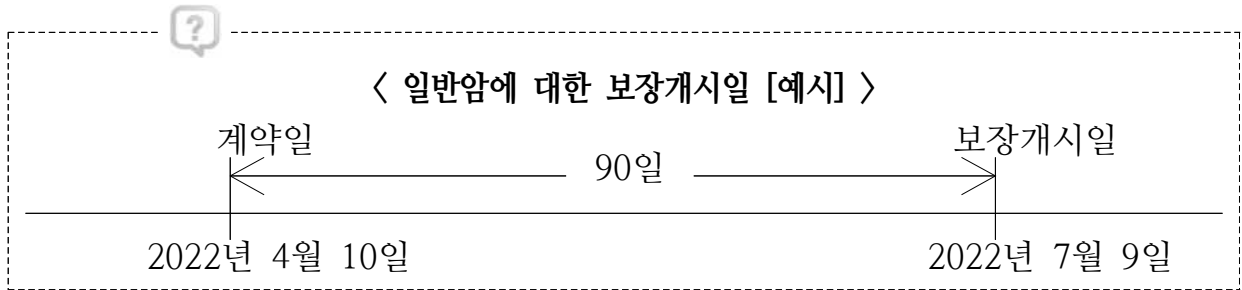


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

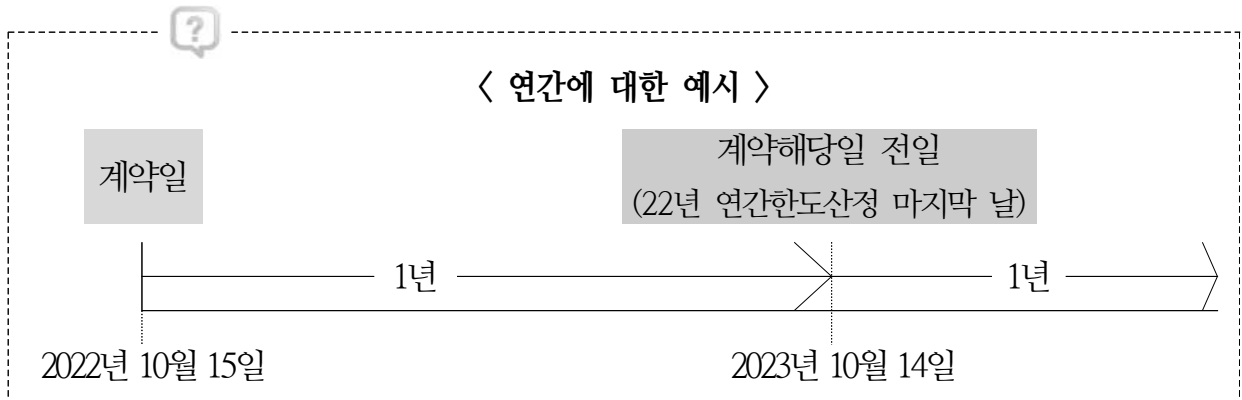
- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.

2. 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.
3. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.

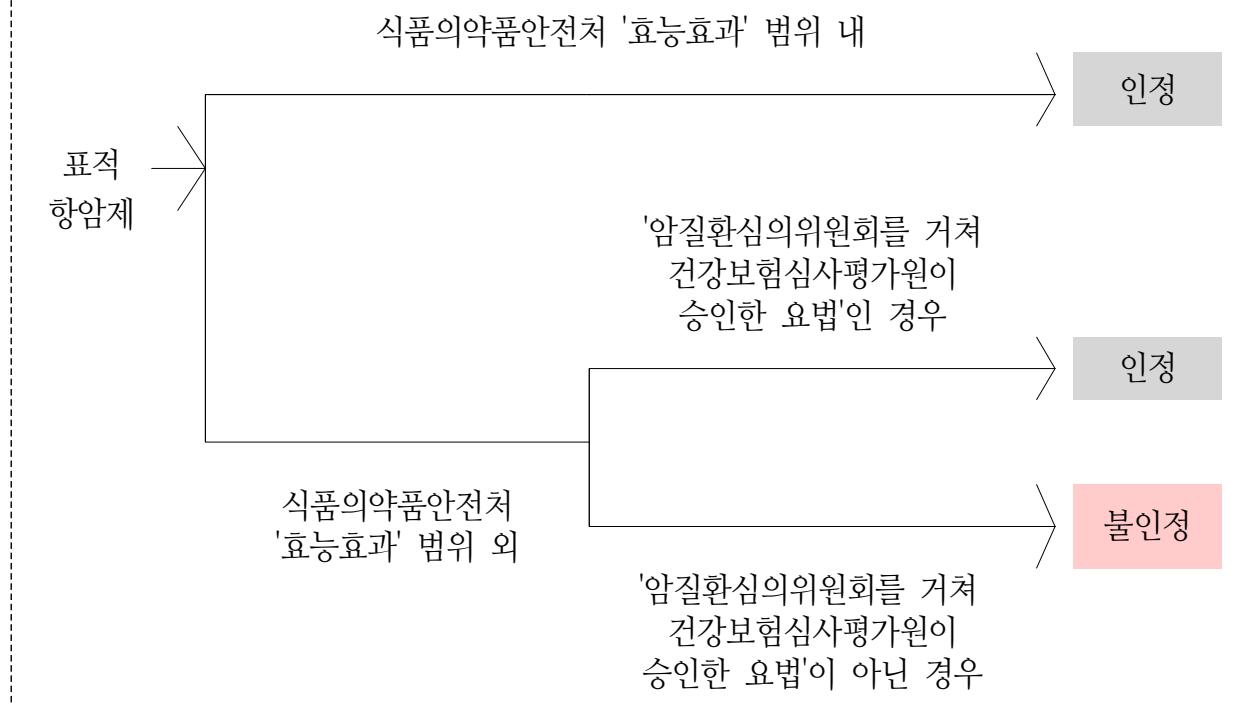


- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 제4항에서 정한 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자룰 기준으로 합니다.



- ③ 제1조(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.

〈 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 〉



④ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

〈 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가 〉

· 의약품 품목허가

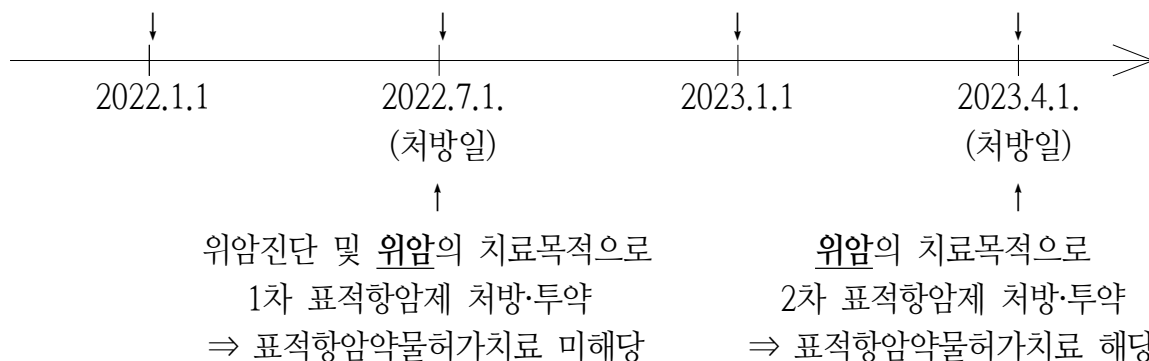
- 분류번호: 421(항악성종양제)
- 효능효과: 유방암의 치료

보장
제외

- 효능효과 추가 허가

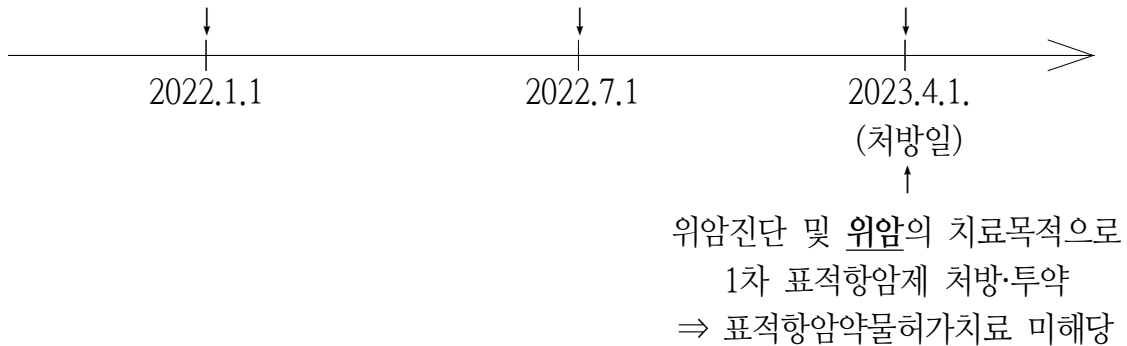
- 효능효과: 유방암, 위암의 치료
(위암의 치료 추가 허가)

보장



〈 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)



⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규 '의약품 등 분류번호에 관한 규정'에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.



〈 호르몬 관련 치료제 〉

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

〈 세포독성 항암제 〉

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

〈 생물학적 반응 조절제 〉

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

〈 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 〉

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 <별표21> '표적항암제 해당 의약품명 및 성분명'에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료'중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '일반암', '갑상선암' 또는 '기타피부암'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 '안전성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
 1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우



〈 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 효능효과확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)'확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환
사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과
항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 '의약품 등 분류번호에 관한 규정'에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제'이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 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, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및

약제비계산서

4. 신분증(주민등록증이나 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)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정

하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-123. 표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암(이하 '암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 표적항암약물허가치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

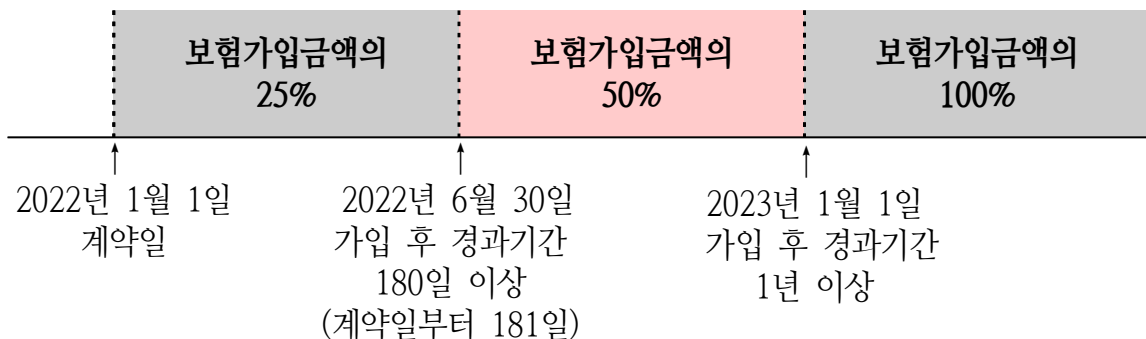
표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약			갱신후계약
180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '180일 미만'은 가입 후 경과기간 180일 미만 내 표적항암약물허가치료 시를, '180일~1년미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상, 1년 미만 내 표적항암약물허가치료 시를, '1년이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 표적항암약물허가치료 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉



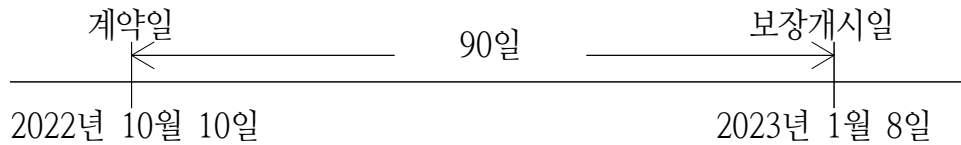
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
2. 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.
3. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



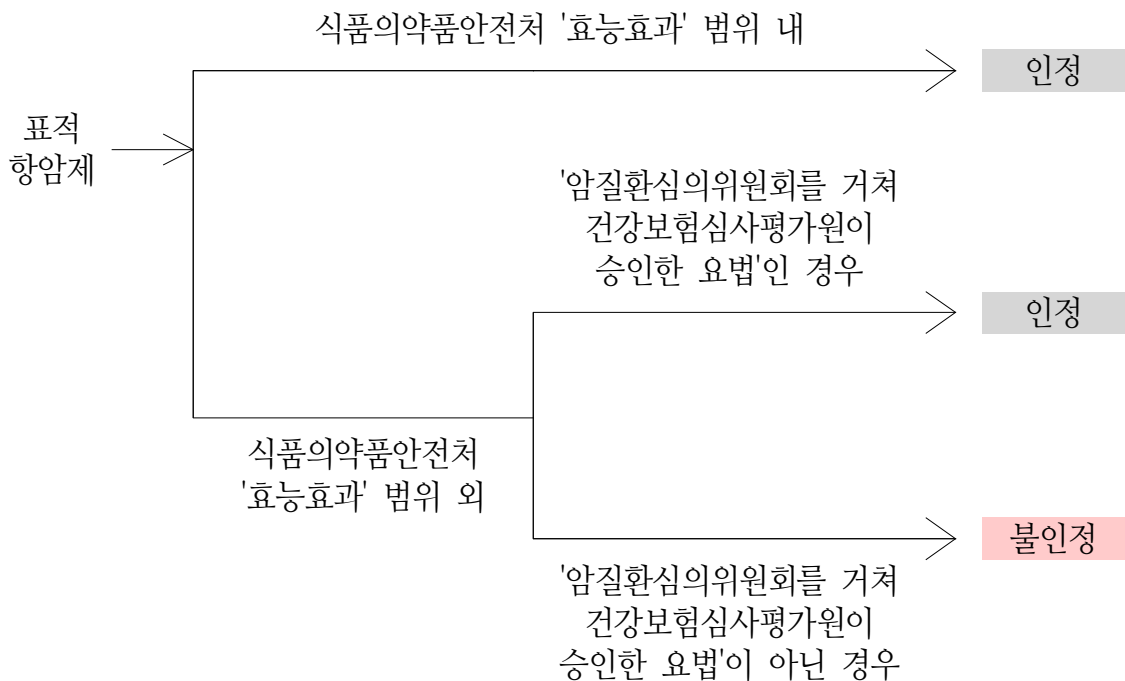
〈 일반암에 대한 보장개시일 [예시] 〉



- ② 제1조(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.



〈 표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위 〉



- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



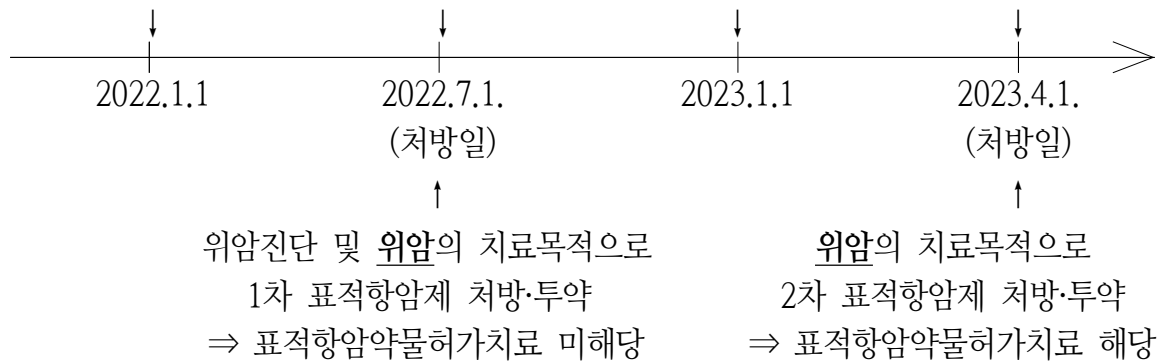
〈 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가 〉

· 의약품 품목허가

- 분류번호: 421(항악성종양제)
- 효능효과: 유방암의 치료

· 효능효과 추가 허가

- 효능효과: 유방암, 위암의 치료
(위암의 치료 추가 허가)



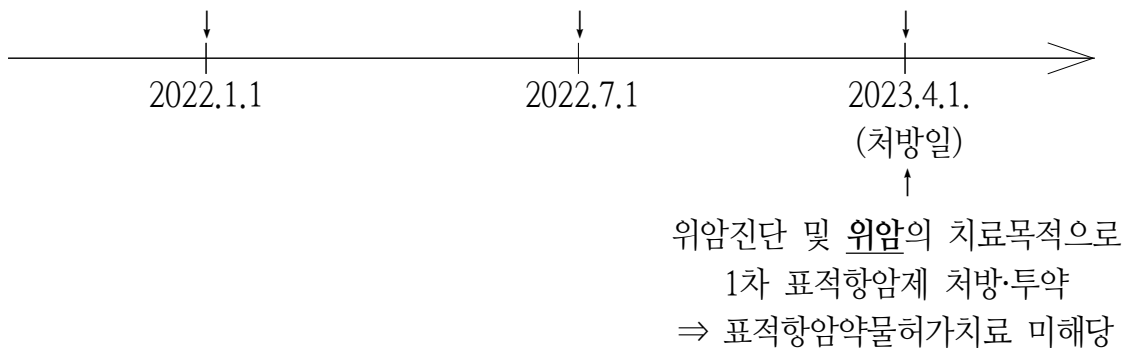
〈 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시 : 의약품의 효능효과 허가 취소 〉

· 의약품 품목허가

- 분류번호: 421(항악성종양제)
- 효능효과: 유방암, 위암의 치료

· 효능효과 허가 취소

- 효능효과: 유방암의 치료
(위암의 치료 허가 취소)



- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신

생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '표적항암제'란 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 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.



< 호르몬 관련 치료제 >

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

〈 세포독성 항암제 〉

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

〈 생물학적 반응 조절제 〉

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

〈 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 〉

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 〈별표21〉 '표적항암제 해당 의약품명 및 성분명'에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '일반암', '갑상선암' 또는 '기타피부암'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 '안전성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 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 효능효과확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)'확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환 사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 '의약품 등 분류번호에 관한 규정'에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제'이외에 추가로 해당하는 의약품 또

한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 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 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 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)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회

사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형) 또는 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규

정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-124. 항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암(이하 '암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선 치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 항암양성자방사선치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

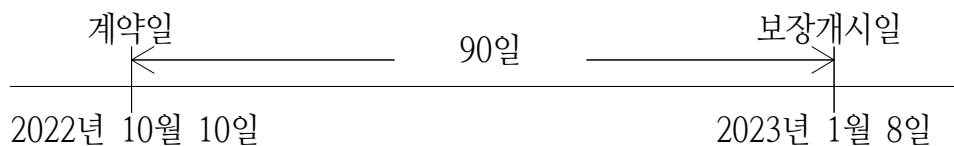
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암양성자방사선치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암양성자방사선치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다. (이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다)
1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.
 3. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



< 일반암에 대한 보장개시일 [예시] >



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

제3조(항암양성자방사선치료 및 항암방사선치료의 정의)

- ① '항암양성자방사선치료'라 함은 제2항에서 정한 '항암방사선치료' 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여

얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

- ② '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형) 또는 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가

생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-125. 항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암, 갑상선암 또는 기타피부암(이하 '암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 항암세기조절방사선치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

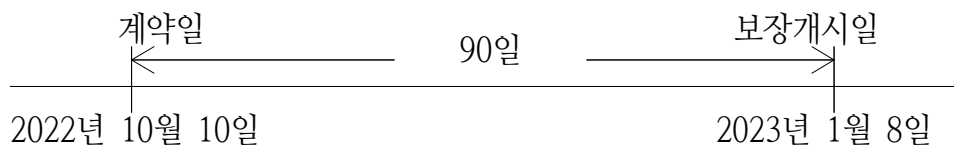
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 항암세기조절방사선치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 항암세기조절방사선치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다. (이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다)
1. 일반암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 2. 갱신후계약의 경우 일반암에 대한 회사의 보장은 갱신일의 첫날에 시작합니다.
 3. 갑상선암 및 기타피부암에 대한 회사의 보장은 계약일의 첫날에 시작합니다.



< 일반암에 대한 보장개시일 [예시] >



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

제3조(항암세기조절방사선치료 및 항암방사선치료의 정의)

- ① '항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)'라 함은 제2항에서 정한 '항암방사선치료' 중, 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 '세기조절방'

사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 '항암방사선치료'를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

- ② '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

제4조(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에서 '암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암('일반암', '갑상선암' 및 '기타피부암')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제5조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 일반암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형) 또는 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가

생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-126. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보장개시일' 이후에 카티(CAR-T)보장대상암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

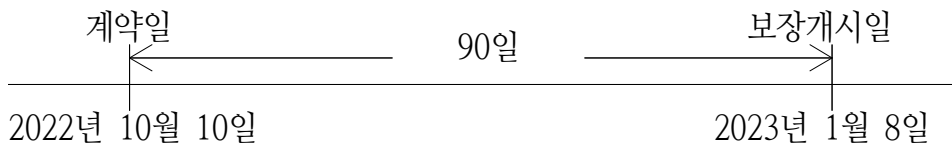
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 카티(CAR-T)항암약물허가치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 카티(CAR-T)항암약물허가치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 다음 각 호와 같이 적용합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).
- 회사의 보장은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작합니다.
 - 갱신후계약의 경우 회사의 보장은 갱신일 첫날에 시작합니다.

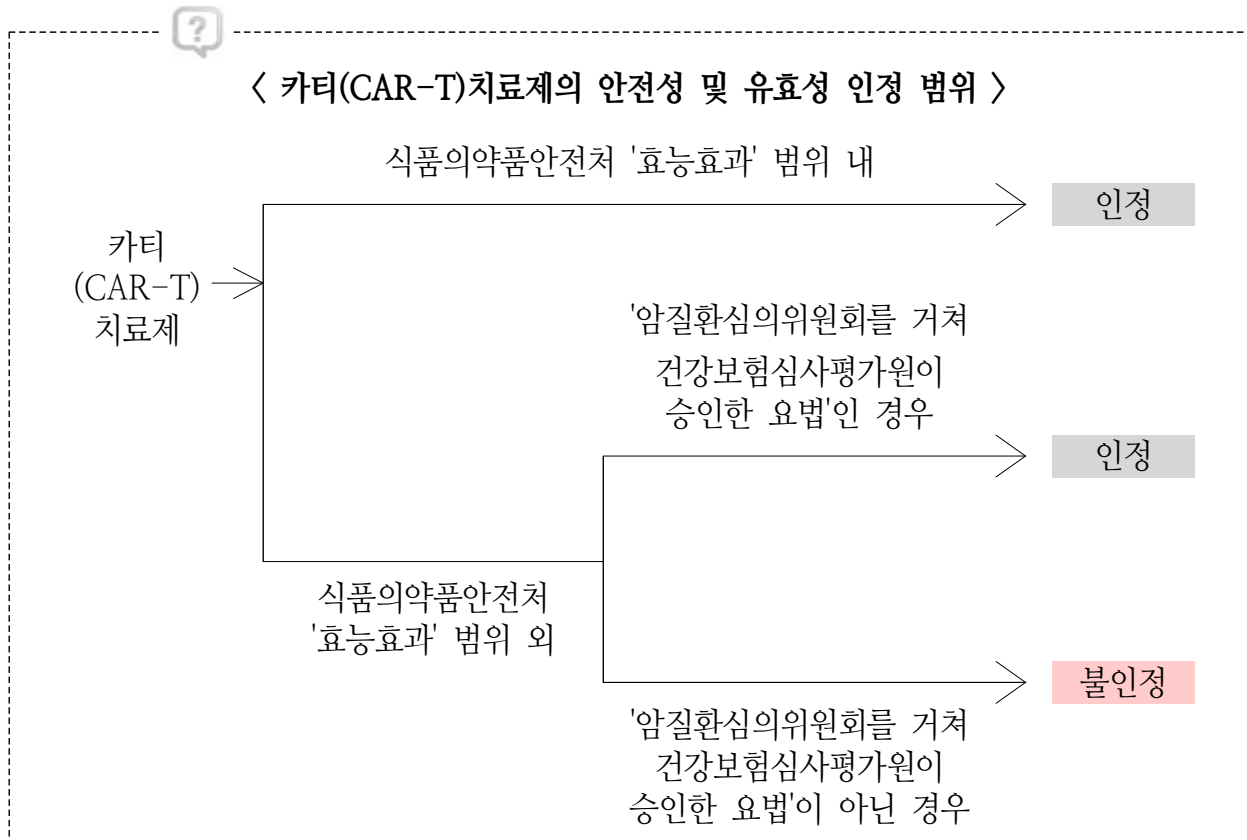


< 보장개시일 [예시] >



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료비는 카티(CAR-T)보장대상암의 진단 확정 이전에 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료비는 카티(CAR-T)치료제를 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)

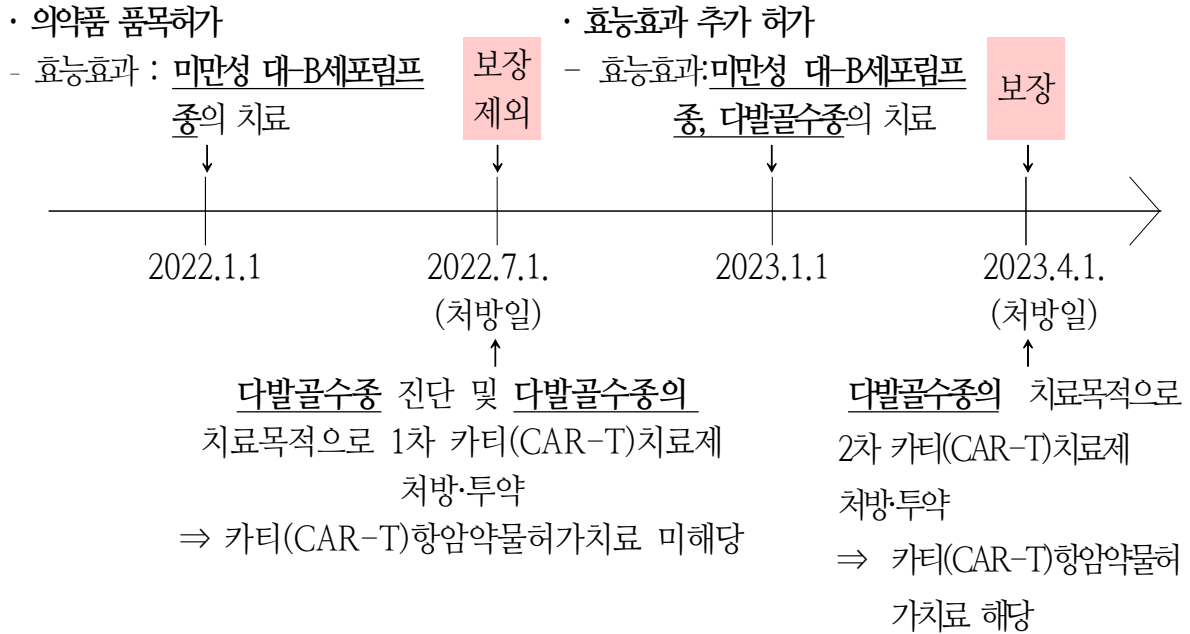
이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다.



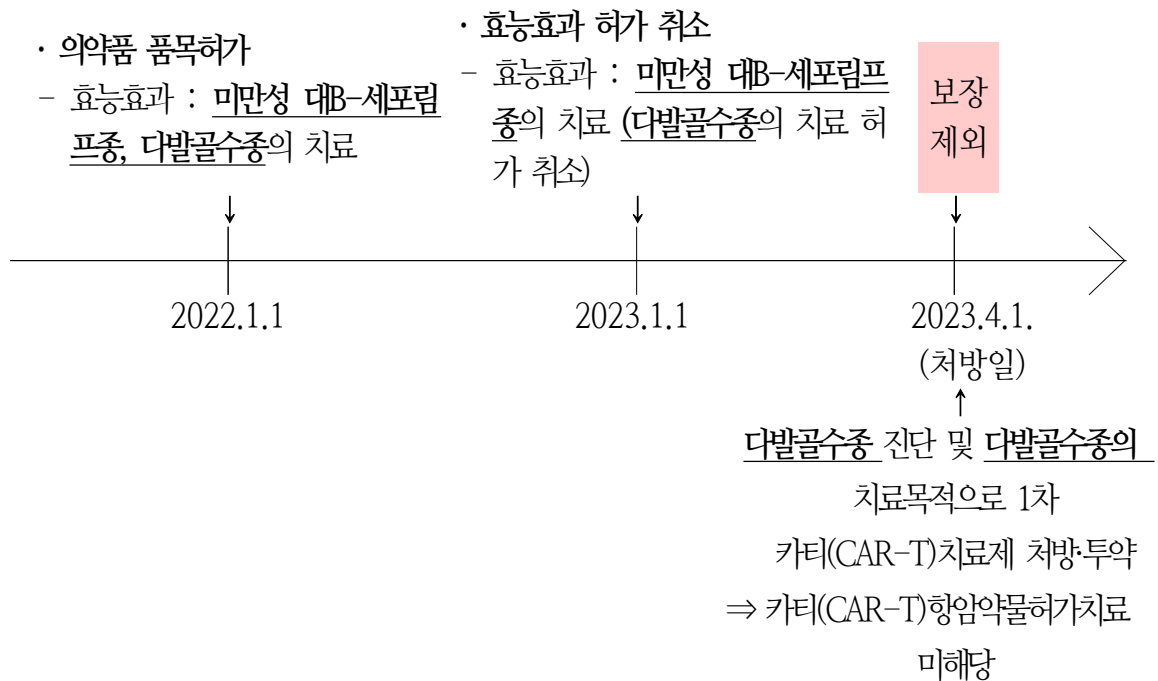
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 '카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 카티(CAR-T)치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(카티(CAR-T)치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 '안전성과 유효성 인정 범위'가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위' 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



〈 '안전성과 유효성 인정 범위' 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가 〉



〈 '안전성과 유효성 인정 범위' 변경(삭제) 예시 : 의약품의 효능효과 허가 취소 〉



- 제4항에 따라 '안전성과 유효성 인정범위'가 변경되는 경우, 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위'에 따라 카티(CAR-T)보장대상임을 변경하여 적용합니다.
- 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.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못

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

제3조(카티(CAR-T)보장대상암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '카티(CAR-T)보장대상암'이라 함은 <별표26> '카티(CAR-T)보장대상 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 제1항의 '카티(CAR-T)보장대상암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '카티(CAR-T)보장대상암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '카티(CAR-T)보장대상암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(카티(CAR-T)치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '카티(CAR-T)치료제'란 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)치료제란 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 <별표27> '카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명'에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 카티(CAR-T)보장대상암의 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 방법에대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

〈 '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 〉

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 '효능효과', '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)'확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환 사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 '의약품 등 분류번호에 관한 규정'에서 카티(CAR-T)치료제의 분류번호

호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 카티(CAR-T)치료제 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 카티(CAR-T)보장대상암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 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)
 - (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 건강보험심사평가원이 승인한 요법' 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비계산서
4. 신분증(주민등록증이나 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)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 카티(CAR-T)보장대상암으로 진단확정되어 있는 경우

2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 카티(CAR-T)보장대상암에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 1종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제형), 7종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형), 13종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제형)으로 가입하지 않은 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-127. 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-128. 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌경색증(I63)으로 진단확정되고 뇌경색증(I63)의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 혈전용해치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 혈전용해치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '뇌경색증(I63)'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 뇌경색증(I63)에 해당하는 질병을 말합니다. 단, 무증상성 열공성 뇌경색(asymptomatic lacunar infarction), 진구성 뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 제외합니다.
- ② 제1항의 뇌경색증(I63)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(혈전용해치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '뇌경색증(I63)'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 '혈전용해제'라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-129. 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-130. 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증(I21)으로 진단확정되고, 급성심근경색증(I21)의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 최초 1회에 한하여 급성심근경색증혈전용해치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 혈전용해치료 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 혈전용해치료 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결)

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

제3조(급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '급성심근경색증(I21)'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 급성심근경색증(I21)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증(I21)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(혈전용해치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '급성심근경색증(I21)'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 '혈전용해제'라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-131. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
 2-132. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일) 계산예시〉

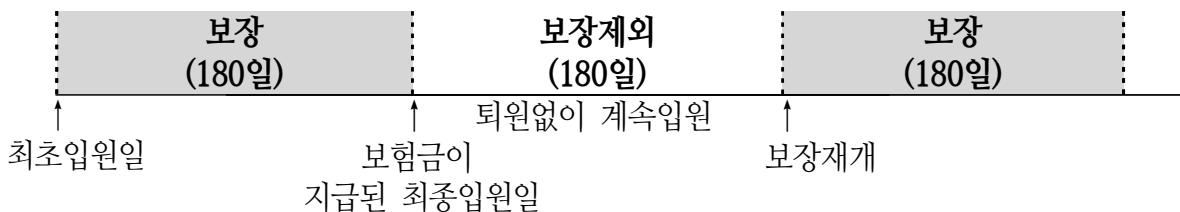
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니

다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

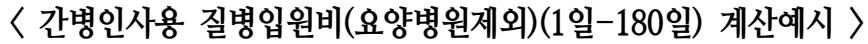
간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II)
특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II)
특별약관

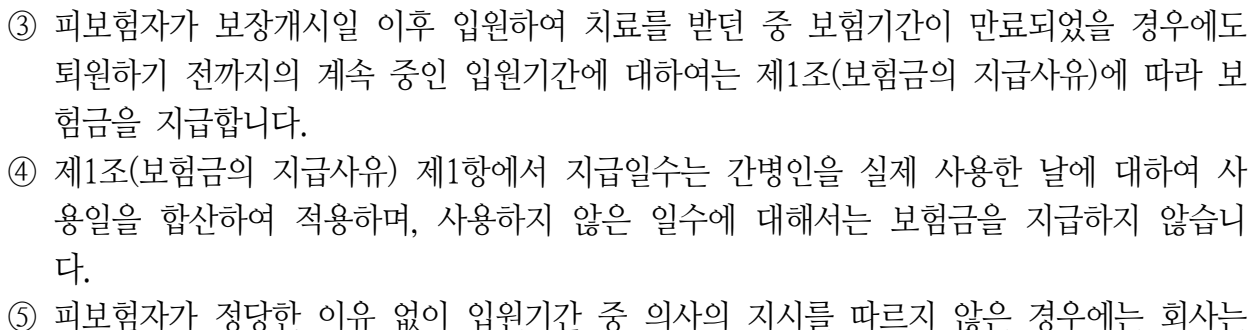
구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



- ## 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ### 〈보증기간 예시〉



보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 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.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독
립
특
별
약관

제
도
성
특
별
약관

별
표

2-133. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-134. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

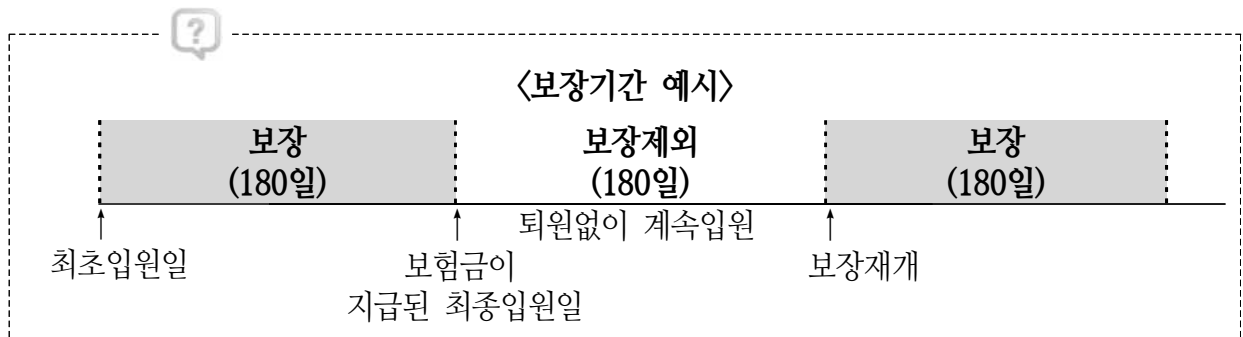
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
 - ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
 - ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
 - ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
 - ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

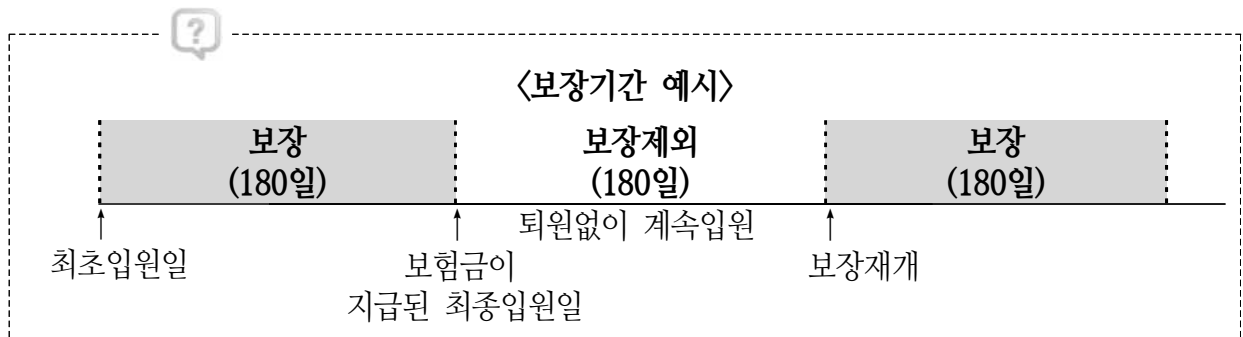
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규

정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-135. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
 2-136. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

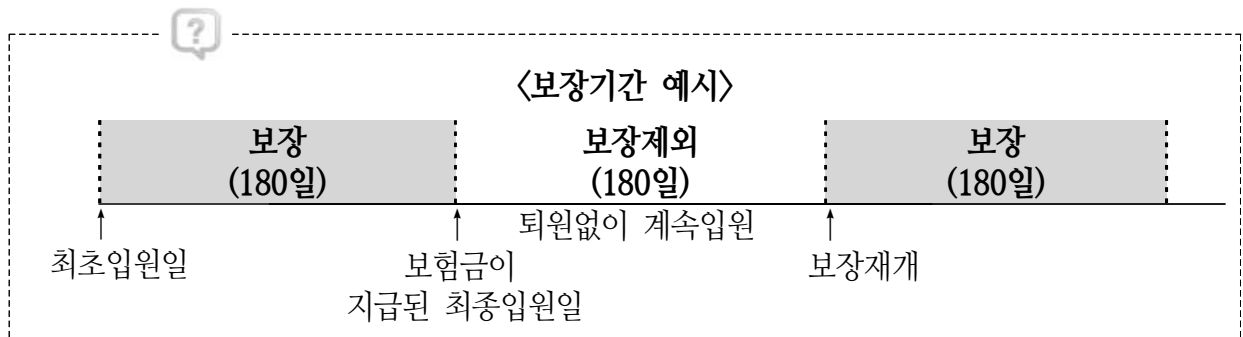
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
 특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 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.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간

편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방 병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

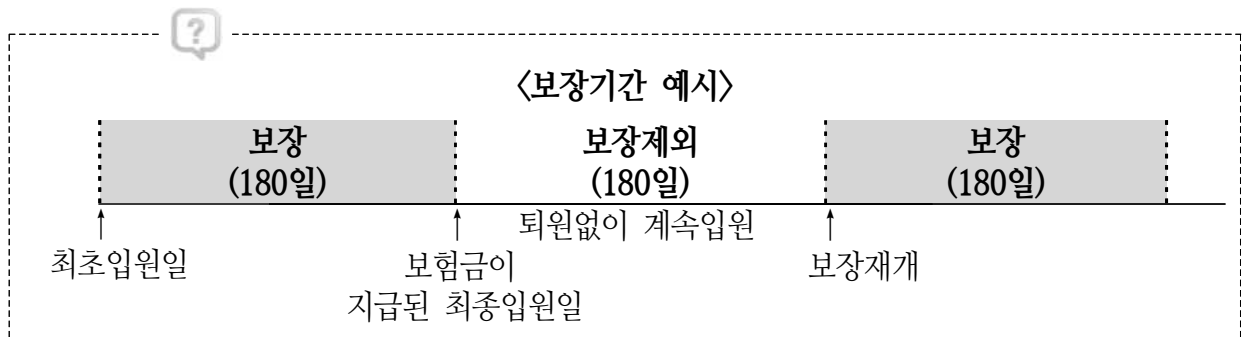
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-137. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
 2-138. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) 계산예시〉

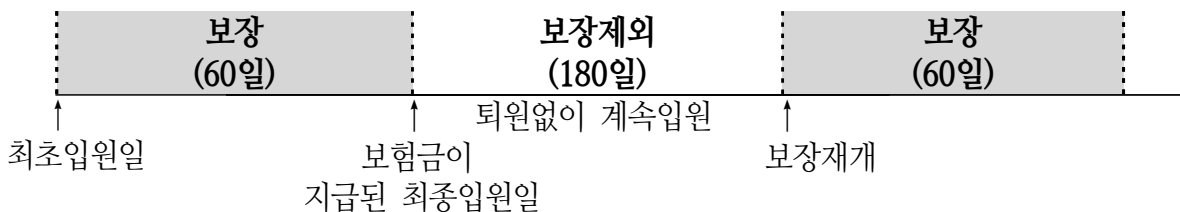
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니

다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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>

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) 계산예시 〉

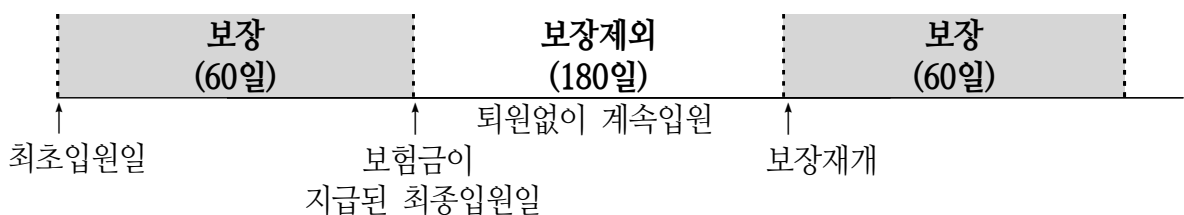
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 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.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-139. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-140. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

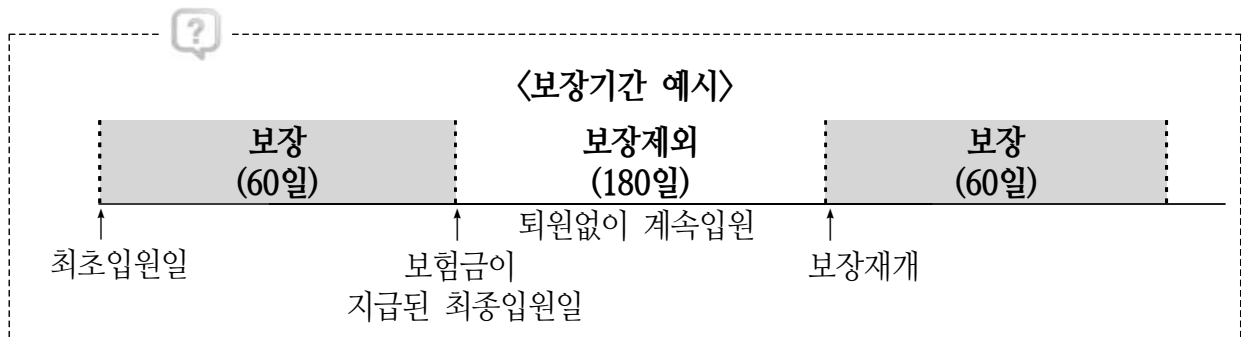
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형 II)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형 II)
특별약관

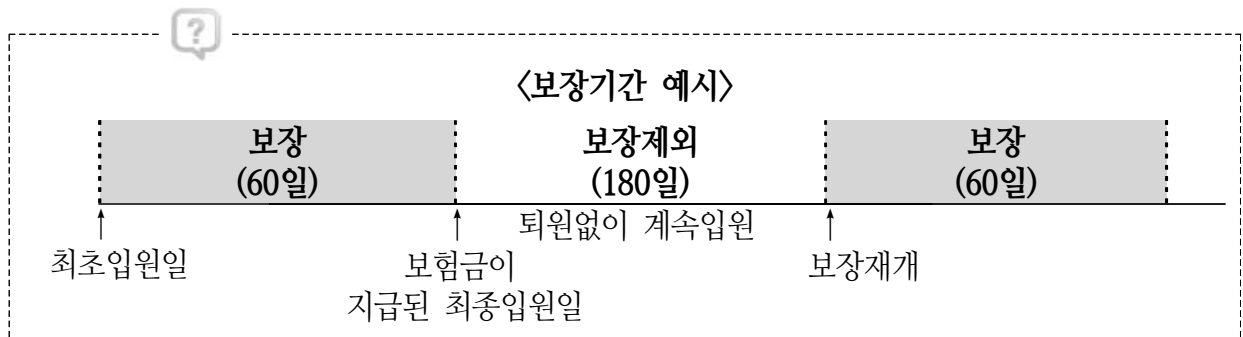
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
 - ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
 - ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
 - ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
 - ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규

정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-141. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-142. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

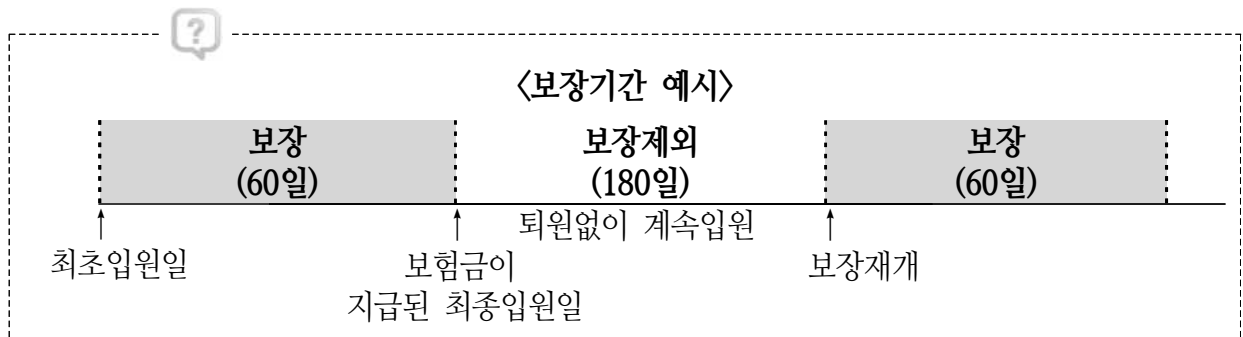
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간

편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방 병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

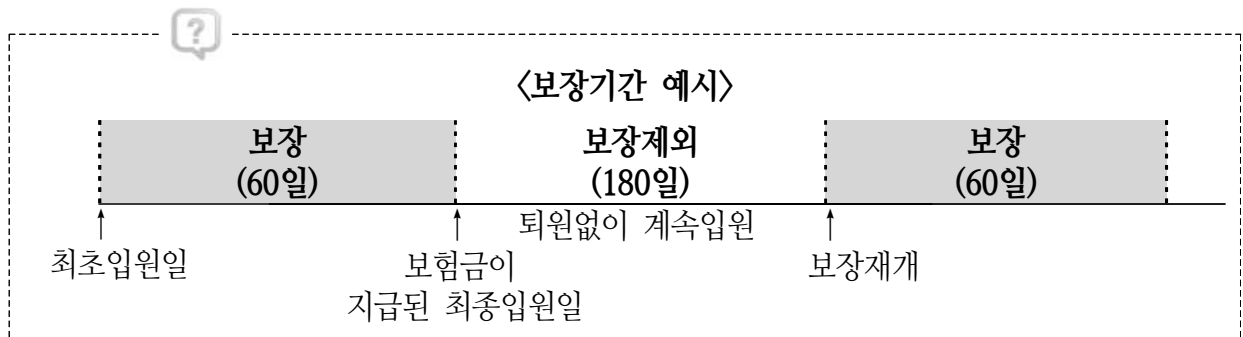
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-143. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
 2-144. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
 특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) 계산예시〉

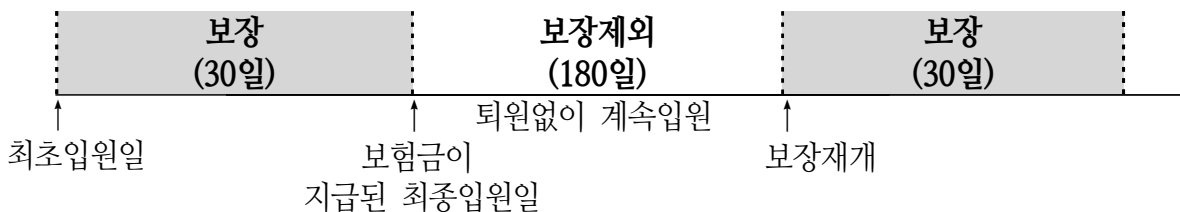
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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>

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) 계산예시 〉

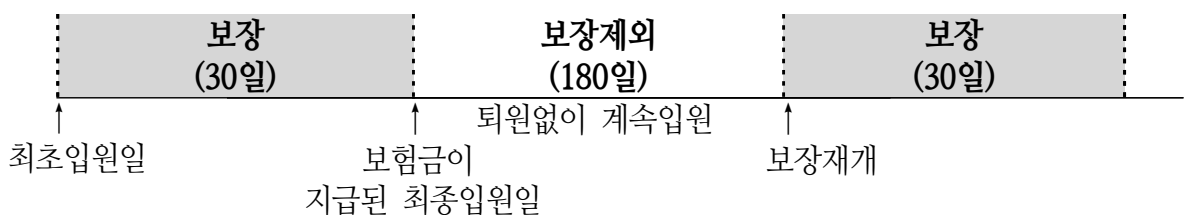
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 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.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-145. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-146. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

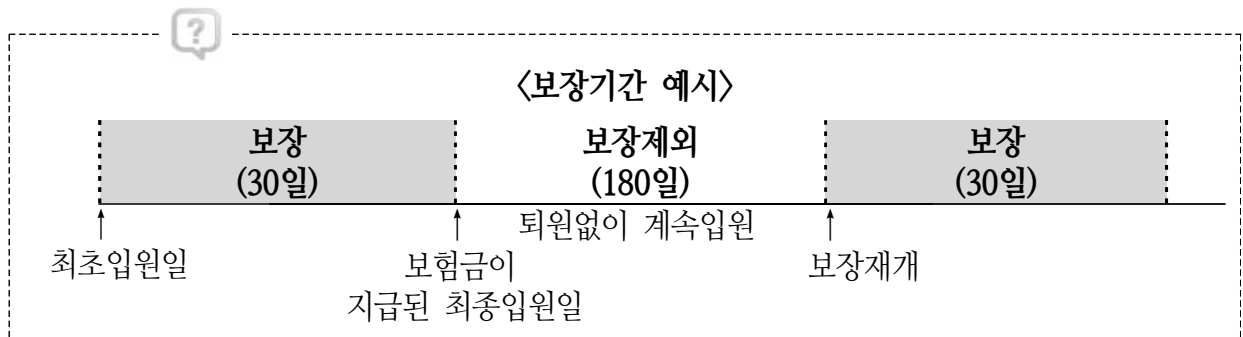
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형 II)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형 II)
특별약관

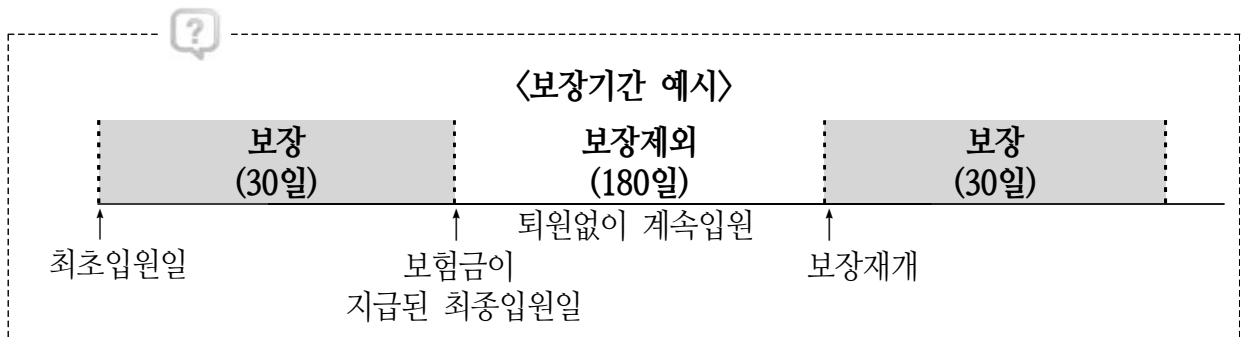
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규

정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-147. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-148. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

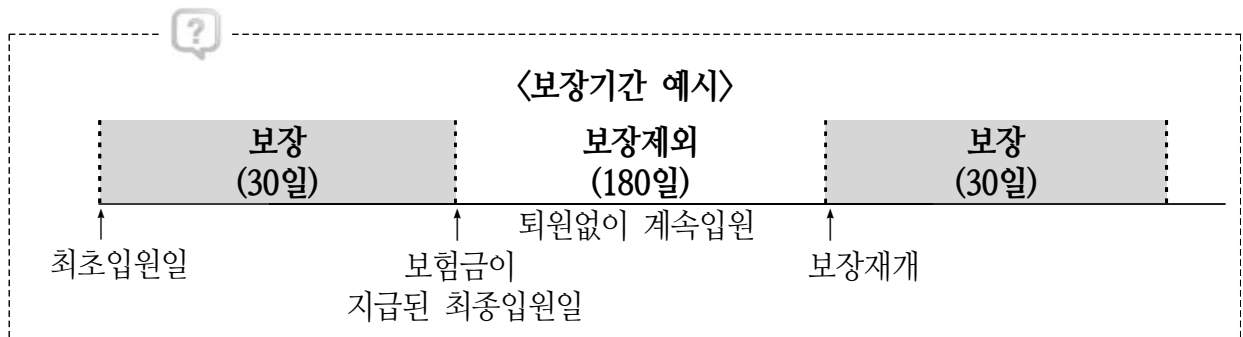
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 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.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간

편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방 병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

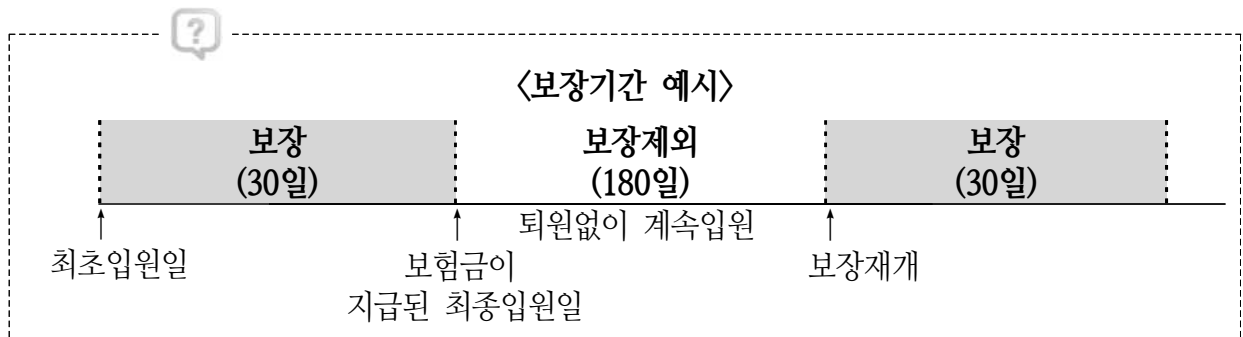
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-149. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
 2-150. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
 특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

- 주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
2. 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.
3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) 계산예시〉

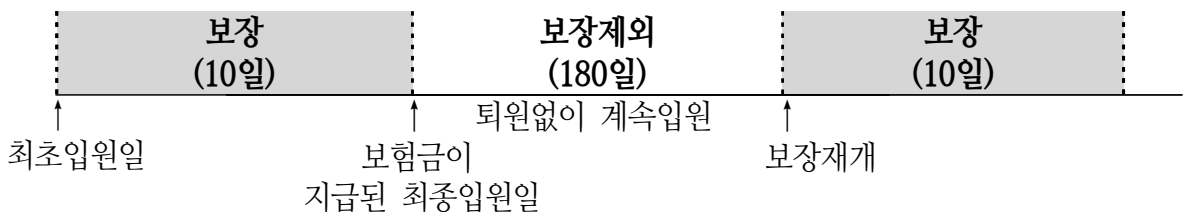
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 13일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 13일 사용
 - : 총 사용일수 4일, 총사용금액 44만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 4일 = 8만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 21일 사용
 - : 총 사용일수 2일, 총 사용금액 12만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 2일 = 2만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) 지급금액
: 간병인 사용일수 6일, 보험금 8만원 + 2만원 = 10만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일수를 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구 분	최초계약		갱신후계약
	1년미만	1년이상	
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구 분	1년미만	1년이상
간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 25%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된보험가입금액의 100%

주) 1. 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

2. 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.

3. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



〈 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) 계산예시 〉

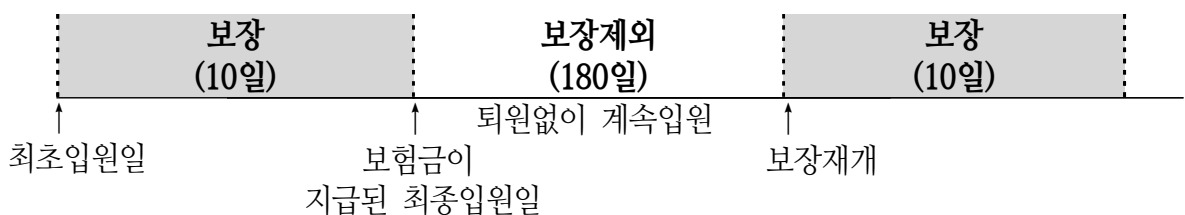
- 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
 - 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2024년 4월 1일 ~ 2024년 4월 13일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2024년 4월 10일 ~ 4월 13일 사용
 - : 총 사용일수 4일, 총사용금액 44만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
 - 2만원 × 4일 = 8만원 지급
 - 2024년 4월 20일 ~ 4월 21일 사용
 - : 총 사용일수 2일, 총 사용금액 12만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 2일 = 2만원 지급
- ⇒ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일) 지급금액
: 간병인 사용일수 6일, 보험금 8만원 + 2만원 = 10만원 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



〈보장기간 예시〉



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
 2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

2-151. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-152. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

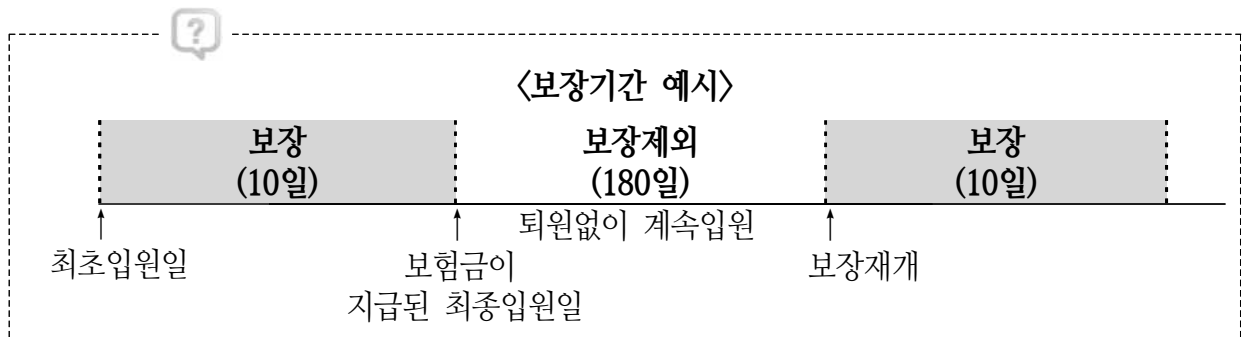
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II)
특별약관

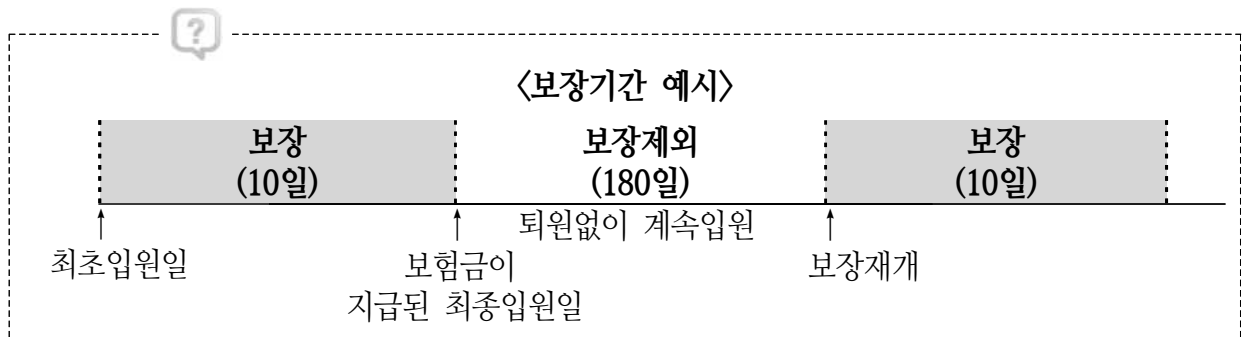
1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 '간병인'이라 함은 유상으로 '간병서비스'를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사 서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 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〉

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



〈 의료법 제4조의 2(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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ④ 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규

정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-153. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-154. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

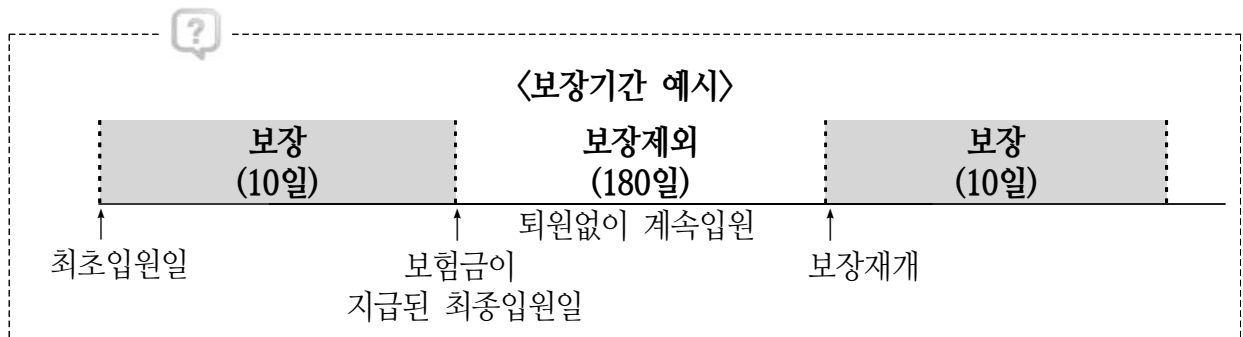
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



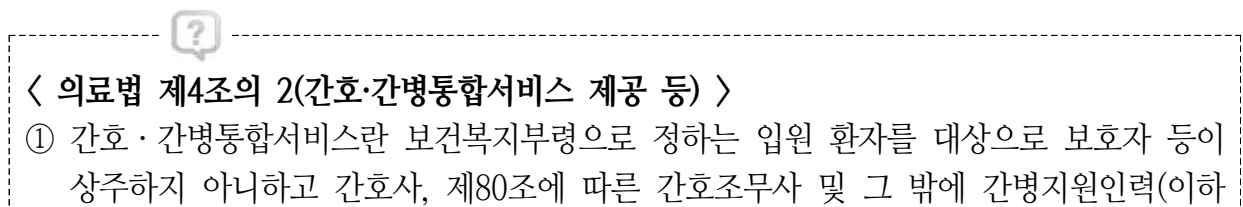
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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



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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 실종선고 >

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

< 계약자적립액 >

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(한방 병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 아래에 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

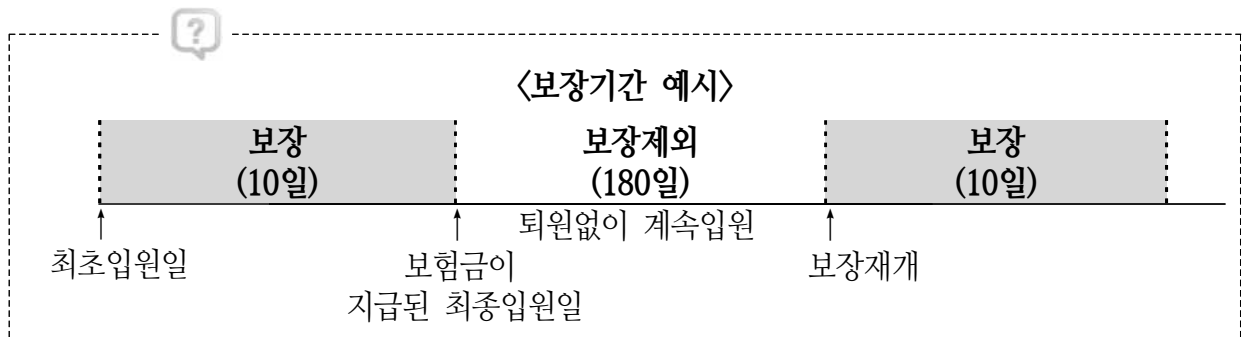
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관

1년미만	1년이상
1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 50%	1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액의 100%

주) '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 입원 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 입원 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 1일째 입원일이 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당하는 경우에는 계속 중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 1일째 입원일을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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

? **< 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "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 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 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.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 제2항에서 정한 금액을 보험료납입지원금(갑상선암·기타피부암·유사암진단)(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 보험금은 제1호의 일시지급금과 제2호의 분할지급금으로 구성되며 각각 지급합니다.
1. 일시지급금

지급시기	보험금 지급사유 발생일에 지급
지급액	보험가입금액 × 보험료 납입지원 잔여기간(월)

2. 분할지급금

지급시기	보험금 지급사유 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일부터 매년 계약해당일에 '1회 지급액' 확정지급
1회 지급액	보험가입금액의 12배
총지급액	1회지급액 × [보험기간(년수) - 가입경과년수]

3. 제1호의 '보험료 납입지원 잔여기간(월)'이라 함은 보험금 지급사유 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일 이전까지의 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.
4. 제2호의 '가입경과년수'는 가입시를 1년으로 하고, 이후 계약일 기준으로 매1년이 지날 때마다 1년씩 증가하는 것으로 계산합니다.



〈 보험금 지급 예시 〉

- 2022년 3월5일 계약체결 후 2023년 7월19일 보험금 지급사유 발생시
(20년 만기 전기납 / 보험가입금액 : 10만원 기준)

- 보험료 납입지원 잔여기간 : 7개월 15일
- 보험료 납입지원 잔여기간(월) : 7개월
- 보험기간 : 20년
- 가입경과년수 : 2년
- 보험금 지급사유 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일 : 2024년 3월5일

구분	지급시기	지급금액
(1) 일시지급금	2023년 7월19일 (보험금 지급사유 발생일)	10만원×7 =70만원
(2) 분할지급금	2024년 3월5일	10만원×12 =120만원
	2025년 3월5일	10만원×12 =120만원
	⋮	⋮
	2041년 3월5일	10만원×12 =120만원
	총 지급액(분할지급)	120만원×(20년-2년) =2,160만원
총 지급액[(1) + (2)]		70만원+2,160만원 =2,230만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 사망한 후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 확인된 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에 따른 보험금 지급 시 회사가 제5조(계약의 소멸) 제3항에 따라 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- 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 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 보험금에 대하여 '평균공시이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액'과 '보장부분 적용이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액' 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑥ 계약해당일이 2월 29일인 경우에는 2월 28일을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호

의 계약해당일로 봅니다.

제3조(갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
1. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '제자리암'이라 함은 <별표8> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 4. '경계성종양'이라 함은 <별표9> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암관련질병('갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(보험료의 납입면제)

이 특별약관은 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따르지 않습니다.

제5조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제3항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑥ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-156. 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

2-157. 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)> 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 진단확정된 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질환'으로 인하여 보험기간 중에 '중증질환자(일반암) 산정특례대상'으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(일반암) 산정특례대상 진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

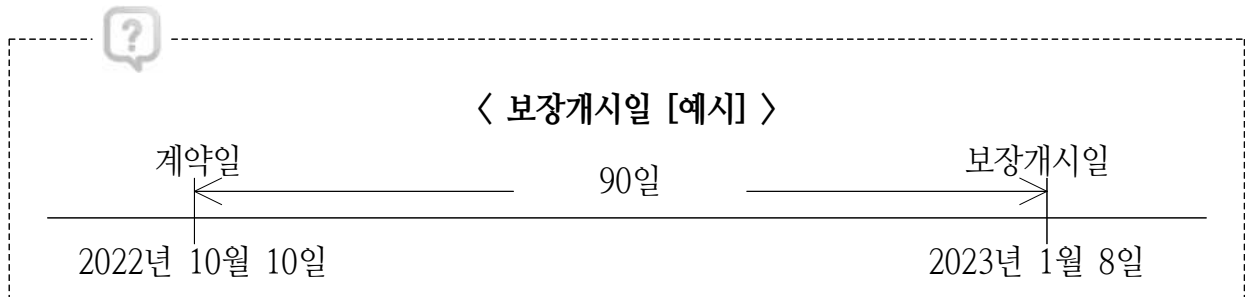
중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 '중증질환자(일반암) 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자(일반암) 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신형 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자(일반암) 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 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(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '신규등록'이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시) 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시) 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

? < 중증질환자 암 산정특례 재등록 >

- 법령에서 정한 중증질환자 암 산정특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적을 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속하여 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
- 암 재등록 시에도 암 산정특례 등록기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

제4조(중증질환자(일반암) 산정특례대상질환 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자(일반암) 산정특례대상'이라 함은 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질환'으로 <별표39> '중증질환자 암 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질환'이라 함은 <별표39-1> '중증질환자(일반암) 산정특례대상질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ③ 제2항의 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질병'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질병'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질병'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

- ④ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자(일반암) 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



〈 본인일부부담금 산정특례제도 〉

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

〈 중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 〉

"중증질환자 암 산정특례 대상"에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례대상으로 확인한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후, 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 중증질환자 암 질환의 산정특례는 확인된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확인일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

【유의사항】

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

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

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자(일반암) 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증질환자(일반암) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현재

히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

제6조(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), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비 계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제9조(보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]를 따릅니다.

- 2-158. 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)
(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
- 2-159. 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)
(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질환'으로 인하여 보험기간 중에 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'으로 신규등록되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)
(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

구분	최초계약				갱신후계약
	90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
갑상선암	보험가입금액 의 5%	보험가입금액 의 30%	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%	보험가입금액 의 100%
기타피부암					
제자리암					
경계성종양					

중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)
(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

구분	90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
갑상선암	보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
기타피부암				
제자리암				
경계성종양				

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'으로 등록 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'으로 등록 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·

유사암) 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제3조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '신규등록'이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시) 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시) 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.



〈 중증질환자 암 산정특례 재등록 〉

1. 법령에서 정한 중증질환자 암 산정특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적을 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속하여 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
2. 암 재등록 시에도 암 산정특례 등록기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

제4조(중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'이라 함은 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병'으로 <별표39> '중증질환자 암 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병'이라 함은 <별표 39-2> '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질병'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

- ④ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



〈 본인일부부담금 산정특례제도 〉

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

〈 중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 〉

"중증질환자 암 산정특례 대상"에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례대상으로 확인한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후, 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 중증질환자 암 질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

【유의사항】

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

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

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따

른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류[진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비

- 재산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

- 2-160. 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)
- 2-161. 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질환'으로 인하여 보험기간 중에 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상'으로 신규등록되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '신규등록'이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시) 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공

단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시) 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.



〈 중증질환자 암 산정특례 재등록 〉

1. 법령에서 정한 중증질환자 암 산정특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적을 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속하여 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
2. 암 재등록 시에도 암 산정특례 등록기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

제4조(중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상'이라 함은 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병'으로 〈별표39〉 '중증질환자 암 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병'이라 함은 〈별표39-3〉 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 또는 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 회사가 '뇌·수막의 양성 신생물'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



〈 본인일부부담금 산정특례제도 〉

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

〈 중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 〉

"중증질환자 암 산정특례 대상"에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례대상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후, 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 중증질환자 암 질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

다.

- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

제6조(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), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비 계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100

세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금

지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-162. 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

2-163. 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 중증난치질환으로 진단확정되고 그 중증난치질환으로 인해 제3조(중증난치질환자 산정특례 대상의 정의)에서 정한 '중증난치질환자 산정특례대상'으로 보험기간 중에 신규등록된 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증난치질환자 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 '중증난치질환자 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증난치질환자 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 진단확정된 질병으로 '중증난치질환자 산정특례대상'으로 여러번 등록되더라도 보험금은 최초1회에 한하여 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증난치질환자 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증난치질환자 산정특례대상의 정의)

- 이 특별약관에서 '중증난치질환자 산정특례대상'이라 함은 <별표30> '중증난치질환자 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 '중증난치질환자 산정특례대상' 해당여부는 판단하는 시

점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



〈 본인일부부담금 산정특례제도 〉

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

〈 중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 〉

중증난치질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0, P22.8, P22.9) 상병은 생후 24개월 이내 신청가능하며, 인체면역바이러스질환(상병코드 B20~B24) 상병은 등록하지 않고 산정특례 적용합니다. 중증난치질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특약에서 '산정특례 신규등록'이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.



〈 중증난치질환자 산정특례 재등록 〉

법령에서 정한 중증난치질환자 산정특례기간(5년) 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증난치질환자 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증 난치질환자 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(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), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비 계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경

우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-164. 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-165. 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 희귀질환으로 진단확정되고 그 희귀질환으로 인해 제3조(희귀질환자 산정특례대상의 정의)에서 정한 '희귀질환자 산정특례대상'으로 보험기간 중에 신규등록된 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 희귀질환자 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)		
최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	
		보험가입금액의 100%

희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	
1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 '희귀질환자 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '희귀질환자 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 진단확정된 질병으로 '희귀질환자 산정특례대상'에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초1회에 한하여 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '희귀질환자 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제3조(희귀질환자 산정특례대상의 정의) 2항에서 정한 '희귀질환 및 중증난치질환 중 선천질환'의 경우에는 보험기간 중에 '산정특례 신규등록'한 경우 최초 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 금액을 희귀질환자 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(희귀질환자 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '희귀질환자 산정특례대상'이라 함은 <별표31> '희귀질환자 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '희귀질환자 산정특례대상 중 선천질환'이라 함은 <별표31> '희귀질환자 산정특례대상 분류표'에서 정한 희귀질환 중 상병코드Q로 시작하는 질병으로 특정기호 V239, V214, V240, V179, V180, V143, V291, V144, V225, V269, V226, V145, V146, V147, V270, V148, V271, V272, V149, V150, V241, V181, V264, V227, V292, V265, V151, V182, V228, V183, V154, V229, V266, V230, V215, V242, V155, V300, V184, V156, V204, V216, V157, V185, V158, V243, V244, V186, V267, V159, V160, V205, V217, V021, V218, V245에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 '희귀질환자 산정특례대상' 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



< 본인일부부담금 산정특례제도 >

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

< 희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >

희귀질환자 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 다만, <별표31> '희귀질환자 산정특례대상 분류표'의 Ⅲ~Ⅴ에 해당하는 경우, 공단이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 Ⅳ~Ⅴ에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.

희귀질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다. 다만, <별표31> '희귀질환자 산정특례대상 분류표'의 Ⅳ~Ⅴ에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 날부터 적용한다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특약에서 '산정특례 신규등록'이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.



〈 희귀질환자 산정특례 재등록 〉

법령에서 정한 희귀질환자 산정특례기간(5년, 상세불명희귀질환은 1년) 종료시점에 등록된 희귀질환의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '희귀질환자 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '희귀질환자 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련

내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

제6조(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), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비 계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].
- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-166. 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-167. 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)> 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 '보장개시일' 이후에 일반암으로 최초 진단확정되고 '보험금 지급기간' 이내에 일반암으로 '암주요치료'를 받은 경우 아래에 정한 금액을 일반암주요치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급합니다.

일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

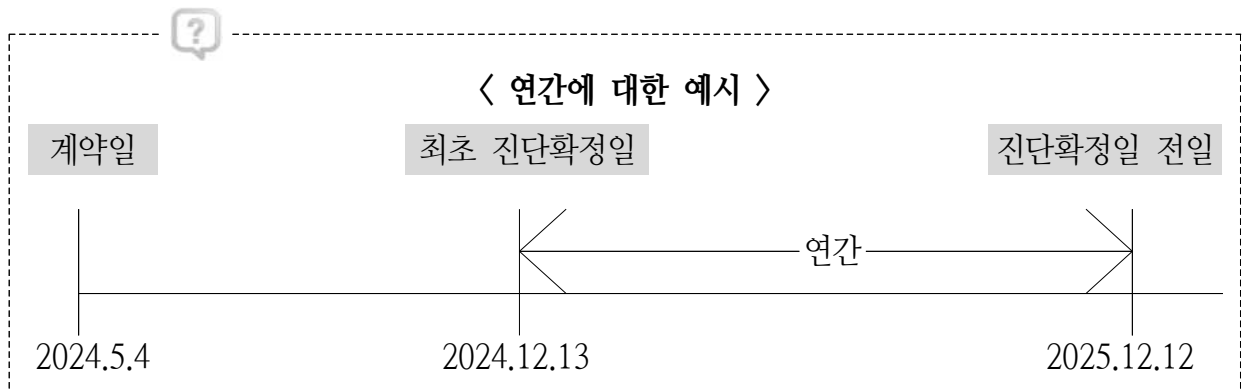
일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

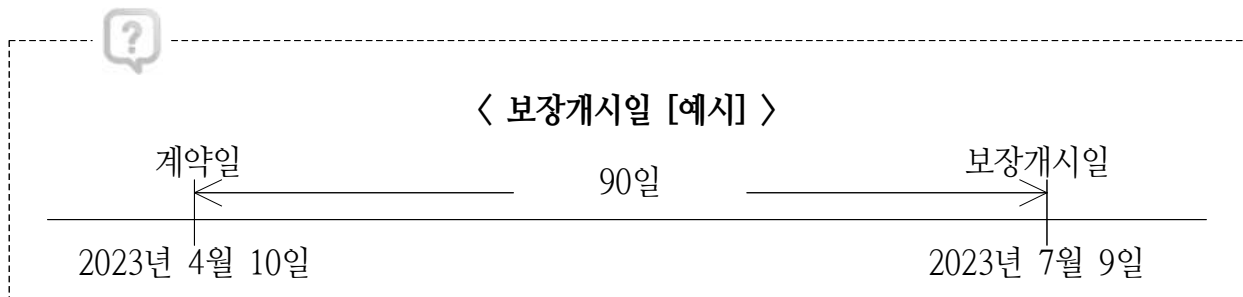
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 일반암 최초 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 일반암 최초 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '보험금 지급기간'이라 함은 일반암 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, '암주요치료'를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 일반암 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.



- ③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신행 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

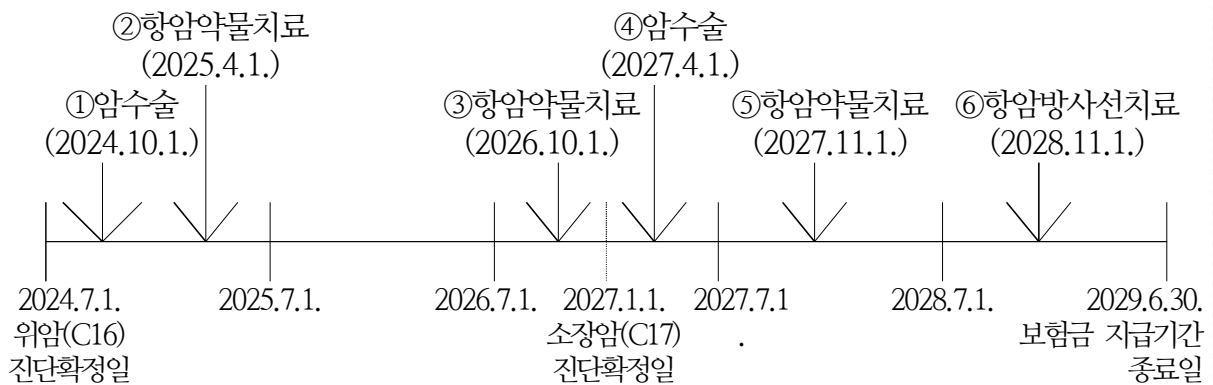


- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 일반암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 제4조(암주요치료의 정의)에서 정한 '암주요치료'를 각각 연 1회이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 보험금만 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일로부터 1년 미만 내 일반암으로 최초 진단확정된 경우에는 '보험금 지급기간' 중 암주요치료를 받은 시점이 최초계약의 계약일로부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 최초 진단확정일 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



< 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년) 보험금 지급 예시-1 >

- 보험계약일로부터 1년 미만 내 일반암으로 최초 진단 확정된 경우
- 보험계약일 : 2024년 3월 1일
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
- 소장암(C17) 최초 진단확정일 : 2027년 1월 1일



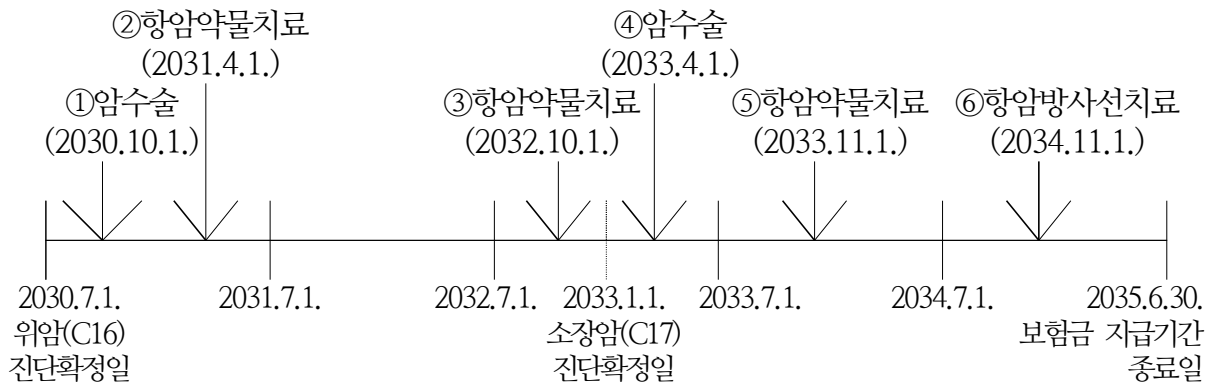
최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2차년도	최초진단 후 3차년도	최초진단 후 4차년도	최초진단 후 5차년도
①암수술 (C16) 보험금 500만원 지급 (50% 지급)	-	③항암약물치료 (C16) 보험금 500만원 지급 (50% 지급)	⑤항암약물치료 (C17) 보험금 500만원 지급 (50% 지급)	⑥항암방사선치료 (C17) 보험금 500만원 지급 (50% 지급)
②항암약물치료 (C16) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	④암수술 (C17) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2024년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 위암(C16) 최초 진단확정일(2024년 7월 1일)로부터 5년입니다.



〈 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년) 보험금 지급 예시-2 〉

- 보험계약일 : 2024년 5월 1일, 10년만기
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정일 : 2030년 7월 1일
- 소장암(C17) 최초 진단확정일 : 2033년 1월 1일



최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2차년도	최초진단 후 3차년도	최초진단 후 4차년도	최초진단 후 5차년도
①암수술 (C16) 보험금 1,000만원 지급	-	③항암약물치료 (C16) 보험금 1,000만원 지급	⑤항암약물치료 (C17) 보험금 1,000만원 지급	⑥항암방사선치료 (C17) 보험금 1,000만원 지급
②항암약물치료 (C16) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	④암수술 (C17) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일)로부터 5년입니다.

제3조(암, 일반암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 이 특별약관에 있어서 '일반암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악

성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 제2항의 '일반암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '일반암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '일반암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암주요치료'라 함은 일반암을 제거하거나 일반암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로 '암수술', '항암방사선치료', '항암약물치료'를 말합니다.
- ② 제1항의 '암주요치료'는 일반암(최초 진단과 상이한 일반암도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 '암주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암주요치료'와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암주요치료'로 봅니다.



〈 호르몬 관련 치료제 〉

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(암수술, 항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암수술'이라 함은 일반암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ③ 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ⑤ 제2항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 일반암의 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.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간관 관련 경막외 신경차단술

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

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 일반암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으

로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

- ① 이 특별약관은 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 일반암으로 최초 진단확정된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'동안 보장합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 일반암으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제40조(해약환급금)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 3종(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 5종(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형)에서 제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입) 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

제12조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 일반암으로 최초 진단확정되고 제2조(보험금

지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-168. 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

2-169. 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관



제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)> 참조

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 '보장개시일' 이후에 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정되고 '보험금 지급기간' 이내에 갑상선암 또는 기타피부암으로 '암주요치료'를 받은 경우 아래에 정한 금액을 갑상선암·기타피부암주요치료비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급합니다.

갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

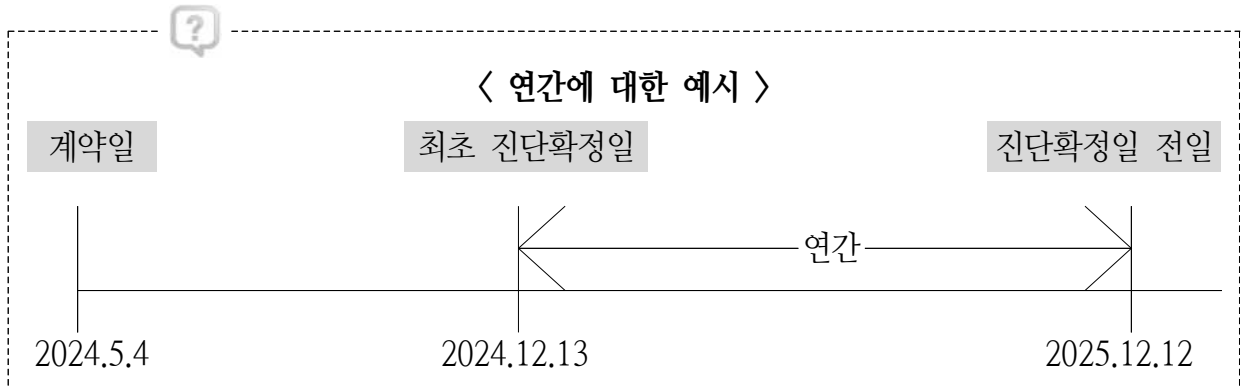
갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

1년미만	1년이상
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

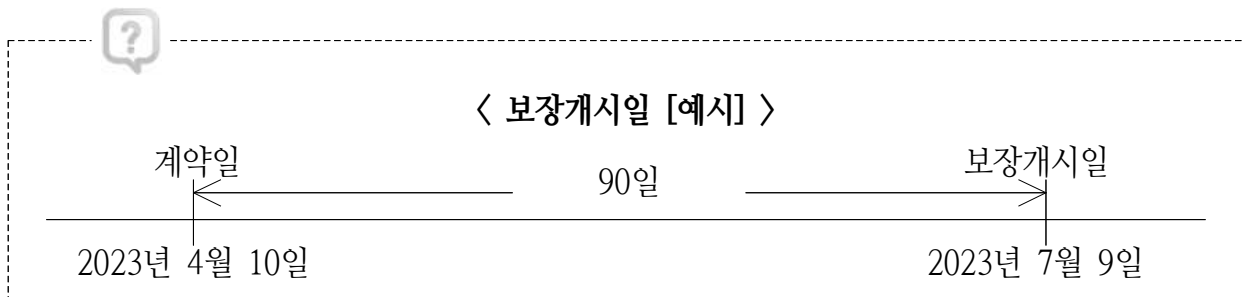
- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '보험금 지급기간'이라 함은 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, '암주요치료'를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
 ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 갑상선암 또는 기타피부암 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.



- ③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신행 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).

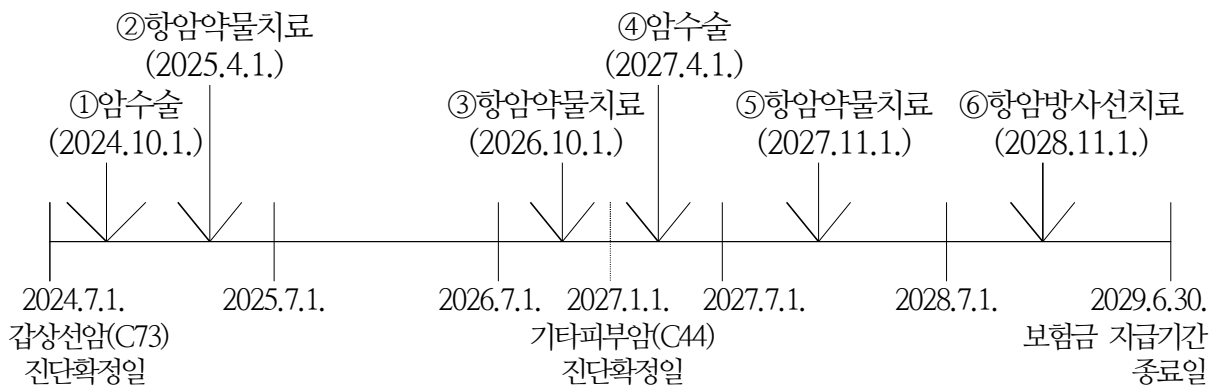


- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 제4조(암주요치료의 정의)에서 정한 '암주요치료'를 각각 연 1회이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 보험금만 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 최초계약의 계약일로부터 1년 미만 내 갑상선암 또는 기타 피부암으로 최초 진단확정된 경우에는 '보험금 지급기간' 중 암주요치료를 받은 시점이 최초계약의 계약일로부터 1년 이상에 해당하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 최초 진단확정일 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



〈 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년) 보험금 지급 예시-1 〉

- 보험계약일로부터 1년 미만 내 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단 확정된 경우
- 보험계약일 : 2024년 3월 1일
- 보험가입금액 : 200만원
- 갑상선암(C73) 최초 진단확정일 : 2024년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정일 : 2027년 1월 1일



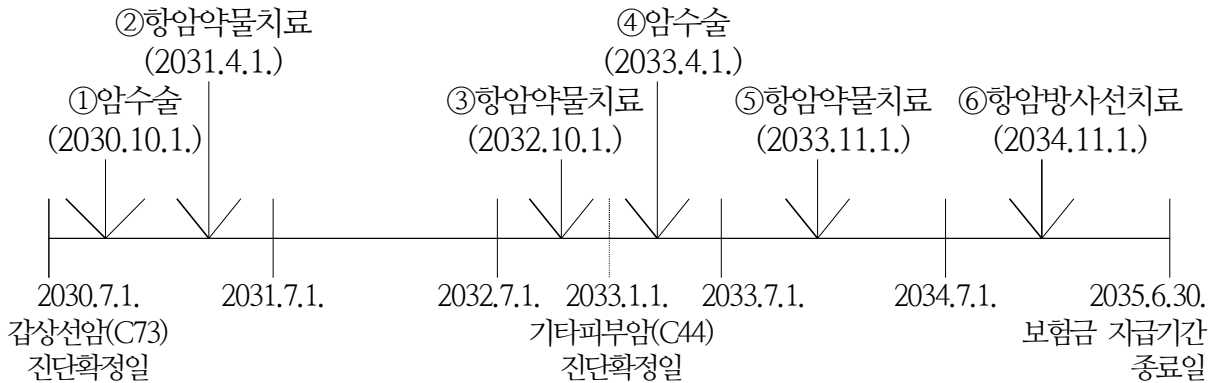
최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2차년도	최초진단 후 3차년도	최초진단 후 4차년도	최초진단 후 5차년도
①암수술 (C73) 보험금 100만원 지급 (50% 지급)	-	③항암약물치료 (C73) 보험금 100만원 지급 (50% 지급)	⑤항암약물치료 (C44) 보험금 100만원 지급 (50% 지급)	⑥항암방사선치료 (C44) 보험금 100만원 지급 (50% 지급)
②항암약물치료 (C73) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	④암수술 (C44) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	-

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2024년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2024년 7월 1일)로부터 5년입니다.



〈 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한,진단후5년) 보험금 지급 예시-2 〉

- 보험계약일 : 2024년 5월 1일, 10년만기
- 보험가입금액 : 200만원
- 갑상선암(C73) 최초 진단확정일 : 2030년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정일 : 2033년 1월 1일



최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2차년도	최초진단 후 3차년도	최초진단 후 4차년도	최초진단 후 5차년도
①암수술 (C73) 보험금 200만원 지급	-	③항암약물치료 (C73) 보험금 200만원 지급	⑤항암약물치료 (C44) 보험금 200만원 지급	⑥항암방사선치료 (C44) 보험금 200만원 지급
②항암약물치료 (C73) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	④암수술 (C44) 보험금 미지급 (연간1회한 초과)	-	-

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급기간'은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일)로부터 5년입니다.

제3조(갑상선암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어서 '갑상선암' 및 '기타피부암'에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 - '갑상선암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - '기타피부암'이라 함은 <별표7> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 제1항의 '갑상선암' 및 '기타피부암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '갑상선암' 및 '기타피부암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점

으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '갑상선암' 및 '기타피부암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



〈 진단이 가능하지 않을 때 예시 〉

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

【유의사항】

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

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

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암주요치료'라 함은 갑상선암 또는 기타피부암을 제거하거나 갑상선암 또는 기타피부암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로 '암수술', '항암방사선치료', '항암약물치료'를 말합니다.
- ② 제1항의 '암주요치료'는 갑상선암 또는 기타피부암(최초 진단과 상이한 갑상선암 또는 기타피부암도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 '암주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암주요치료'와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암주요치료'로 봅니다.



〈 호르몬 관련 치료제 〉

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(암수술, 항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암수술'이라 함은 갑상선암 또는 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ③ 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ⑤ 제2항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암 및 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암 및 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간관 관련 경막외 신경차단술

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

제6조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

- ① 이 특별약관은 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'동안 보장합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제40조(해약환급금)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 3종(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 5종(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형)에서 제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입) 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

제12조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암 또는 기타피부암으로 최초 진단확정되고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

2-170. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관(갱신형)

2-171. 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ)
특별약관



제자리암 및 경계성종양은 이 특별약관에서 보상하지 않습니다.

※ 제자리암, 경계성종양에 대한 정의는 <갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 또는 갑상선암·기타피부암·유사암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)> 참조

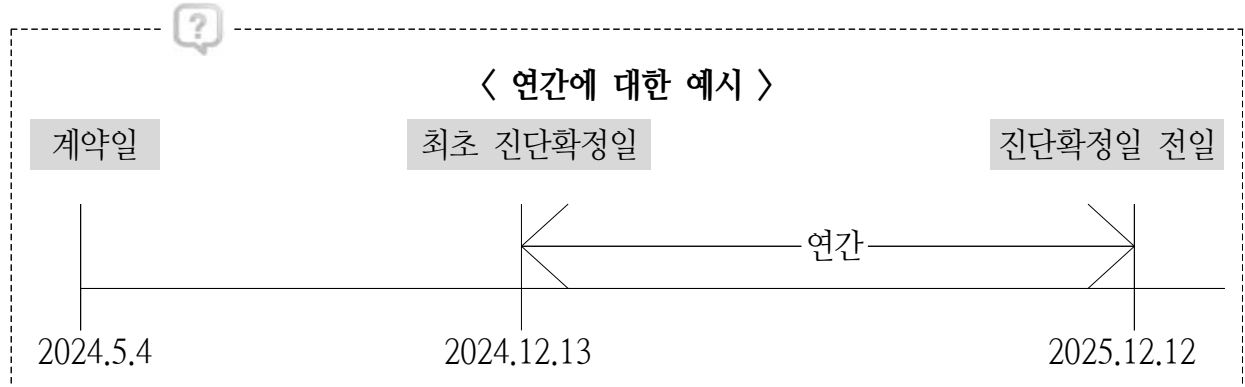
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 '보장개시일' 이후에 암으로 최초 진단확정되고 '보험금 지급기간' 이내에 종합병원에서 암으로 '암주요치료'를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우 아래에 정한 금액을 종합병원암주요치료지원금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급합니다.

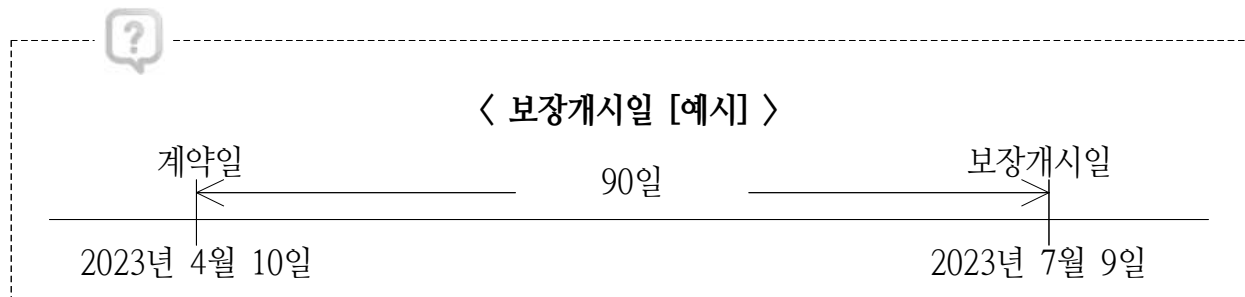
연간 암주요치료비 총액	지 급 금 액
1천만원 이상 2천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 100%
2천만원 이상 3천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 200%
3천만원 이상 4천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 300%
4천만원 이상 5천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 400%
5천만원 이상 6천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 500%
6천만원 이상 7천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 600%
7천만원 이상 8천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 700%
8천만원 이상 9천만원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 800%
9천만원 이상 1억원 미만인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 900%
1억원 이상인 경우	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액의 1,000%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '보험금 지급기간'이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, '암주요치료'를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 암 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.



- ③ 보통약관 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에 있어서 회사의 보장개시일은 계약일의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작합니다. 단, 갱신행 특별약관의 갱신후계약의 경우 갱신일의 첫날에 시작합니다(이하 회사의 보장이 시작되는 날을 '보장개시일'이라 합니다).



- ④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 만료 되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제5조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표7> '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 제1항의 '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 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 하며 '암'의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 진단이 가능하지 않을 때 예시 >

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

【유의사항】

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

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

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암주요치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로 '암수술', '항암 방사선치료', '항암약물치료'를 말합니다.
- ② 제1항의 '암주요치료'는 암(최초 진단과 상이한 암도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료 행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 '암주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료

3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암주요치료'와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암주요치료'로 봅니다.



〈 호르몬 관련 치료제 〉

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(암주요치료비 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암주요치료비'라 함은 제4조(암주요치료의 정의)에 따른 '암주요치료'를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 '급여의료비 본인부담금'이라 합니다)과 비급여 금액(이하 '비급여의료비 본인부담금'이라 합니다)의 합계액을 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 '암주요치료비'는 제7조(종합병원의 정의)의 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.
- ③ 제1항의 '암주요치료비' 중 '암수술'로 인해 발생하는 비용은 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.
- ④ 제1항의 '암주요치료비' 중 '항암방사선치료'로 인해 발생하는 비용은 진료비 세부내역서의 방사선치료비를 말합니다. 방사선치료비에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.
- ⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 '항암약물치료'로 인해 발생하는 비용은 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.
- ⑥ 제3항 내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스 완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비'에 포함합니다.
- ⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금'은 다음 각 호의 사유로 감면 받은 경우 감면 전 '급여의료비 본인부담금' 및 감면 전 '비급여의료비 본인부담금'을 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
- ⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금'은 다음 각 호의 사항에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 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)
- ⑨ 이 특별약관에서 '연간 암주요치료비 총액'이라 함은 연간 발생한 '암주요치료비'를 합산한 금액을 말합니다.



〈 급여 〉

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

〈 비급여 〉

국민건강보험법 또는 의료급여법에 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.

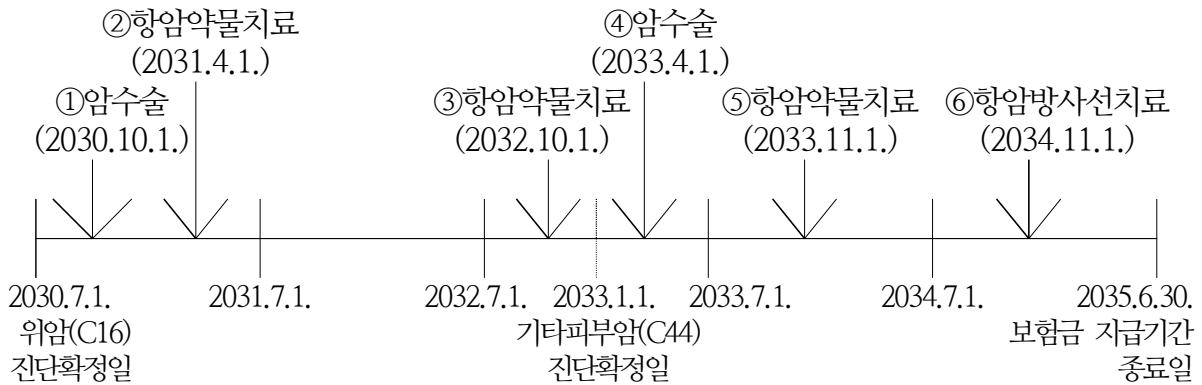
〈 본인부담금 〉

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.



〈 '연간 암주요치료비 총액' 및 종합병원암주요치료지원금 보험금 지급 예시 〉

- 보험계약일 : 2024년 5월 1일, 10년만기
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암(C16) 최초 진단확정일 : 2030년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초 진단확정일 : 2033년 4월 1일



최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2차년도	최초진단 후 3차년도	최초진단 후 4차년도	최초진단 후 5차년도
① 암수술(C16) 비용 1,500만원	-	③ 항암약물치료 (C16) 비용 500만원	⑤ 항암약물치료 (C44) 비용 800만원	⑥ 항암방사선치료 (C44) 비용 1억 2,000만원
② 항암약물치료 (C16) 비용 2,000만원	-	④ 암수술(C44) 비용 1,500만원	-	-
연간 암주요치료비 총액 3,500만원	연간 암주요치료비 총액 0원	연간 암주요치료비 총액 2,000만원	연간 암주요치료비 총액 800만원	연간 암주요치료비 총액 1억 2,000만원
보험금 3,000만원 지급	보험금 미지급	보험금 2,000만원 지급	보험금 미지급	보험금 1억원 지급

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단 받더라도 '보험금 지급기간'은 최초 진단확정일(2030년 7월 1일)로부터 5년입니다.

제6조(암수술, 항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '암수술'이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단

(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술 (생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.

- ③ 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ⑤ 제2항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

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

제7조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

제8조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로

됩니다.

제9조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]을 따릅니다. 단, 부활(효력회복) 시 이 특별약관에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제10조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제11조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

- ① 이 특별약관은 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'동안 보장합니다.

제12조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이

특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제13조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제40조(해약환급금)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 3종(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 5종(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형)에서 제12조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입) 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

제14조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정되고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

3. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

3-2. 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병 또는 상해로 인해 제4조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 보험기간 중에 등록된 경우 아래에 정한 금액을 연간 1회에 한하여 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(뇌혈관질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

① 상해로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액

② 질병으로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

중증질환자(뇌혈관질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

① 상해로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액

② 질병으로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

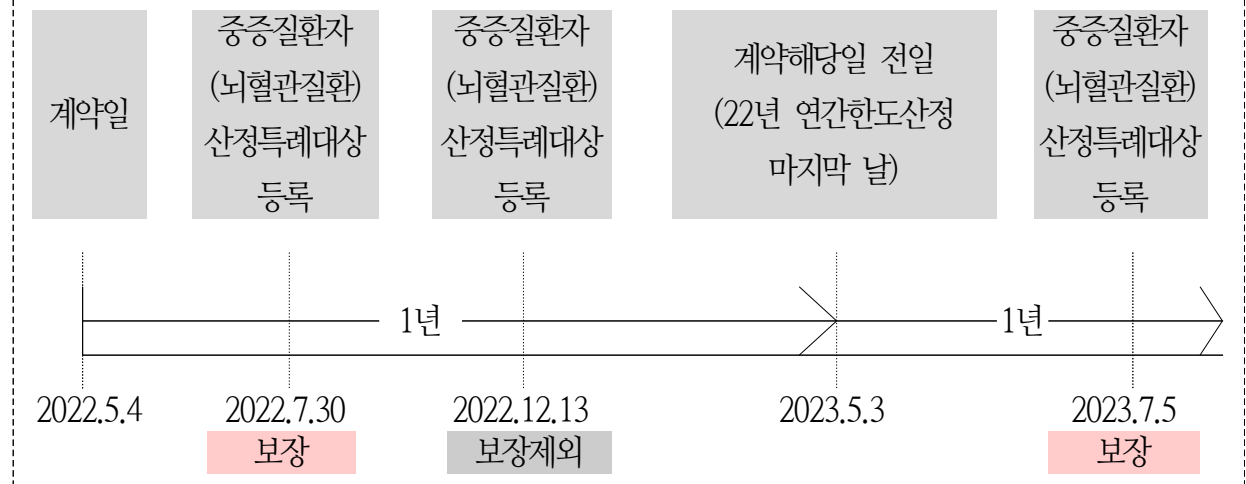
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 질병 또는 상해로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.



〈연간1회한 보장예시〉



- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'이라 함은 <별표28> '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



< 본인일부부담금 산정특례제도 >

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

< 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수
가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있
는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편
등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준
및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일
까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사
는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약
내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을
가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는
다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니
다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용
변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추
가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저
히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되
는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련
내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료
및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과
보험료를 지급합니다.

제6조(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, 산정특
례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진
료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아
닌 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제4조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 보험기간 중에 등록된 경우 아래에 정한 금액을 연간 1회에 한하여 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(뇌혈관질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

- ① 상해로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액
 ② 질병으로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

중증질환자(뇌혈관질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

- ① 상해로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액
 ② 질병으로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

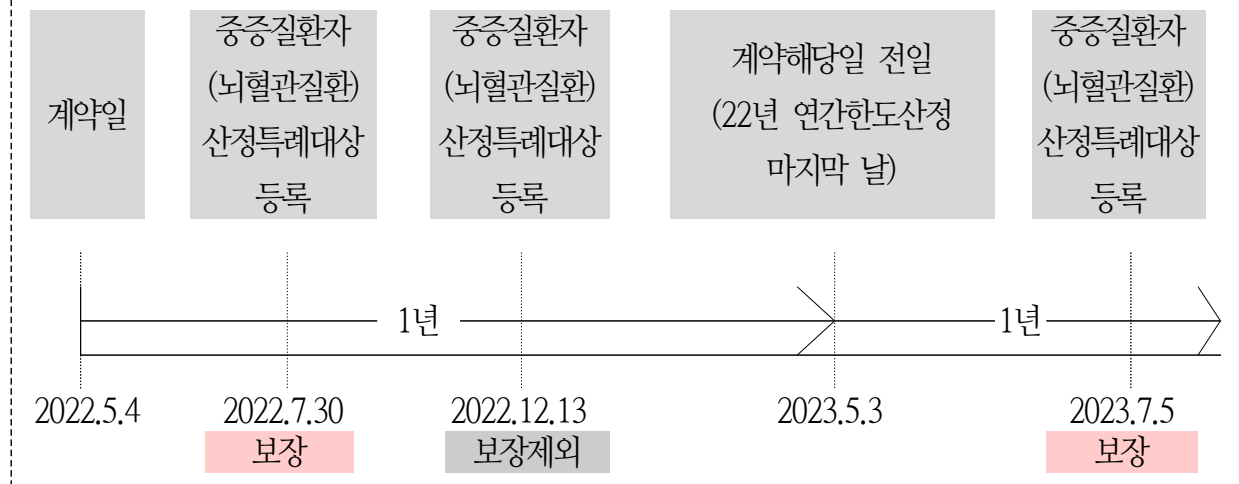
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 진단확정된 질병 또는 상해로 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.



〈연간1회한 보장예시〉



- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'이라 함은 <별표28> '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



< 본인일부부담금 산정특례제도 >

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

< 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증

질환자 뇌혈관질환 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(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), 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

3-3. 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
3-4. 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 질병 또는 상해로 인해 제4조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 보험기간 중에 등록된 경우 아래에 정한 금액을 연간 1회에 한하여 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(심장질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

① 상해로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액

② 질병으로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

중증질환자(심장질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

① 상해로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액

② 질병으로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

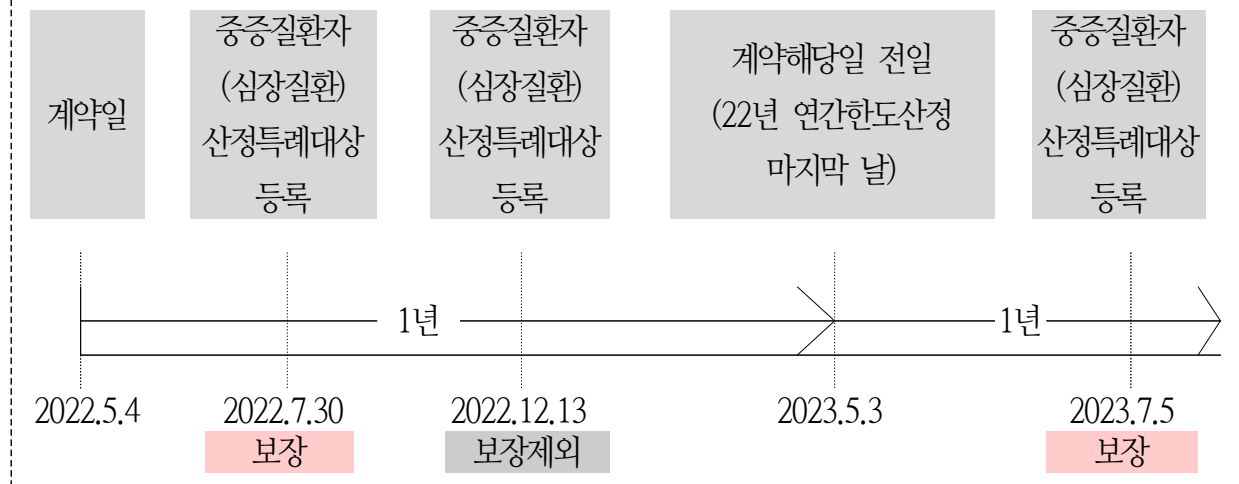
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 질병 또는 상해로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.



〈연간1회한 보장예시〉



- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'이라 함은 <별표29> '중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



< 본인일부부담금 산정특례제도 >

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

< 중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >

중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술 일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증

질환자 심장질환 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(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), 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제4조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 보험기간 중에 등록된 경우 아래에 정한 금액을 연간 1회에 한하여 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

중증질환자(심장질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)

- ① 상해로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액
② 질병으로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

최초계약				갱신후계약
90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상	
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

중증질환자(심장질환)

산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관

- ① 상해로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우 : 보험가입금액
② 질병으로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록된 경우

90일 미만	90일~180일 미만	180일~1년 미만	1년 이상
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
2. '90일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 미만 내 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '90일~180일 미만'은 가입 후 경과기간 90일 이상 180일 미만 내 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '180일~1년 미만'은 가입 후 경과기간 180일 이상 1년 미만 내 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록 시를 의미합니다.



〈보상기간 예시〉

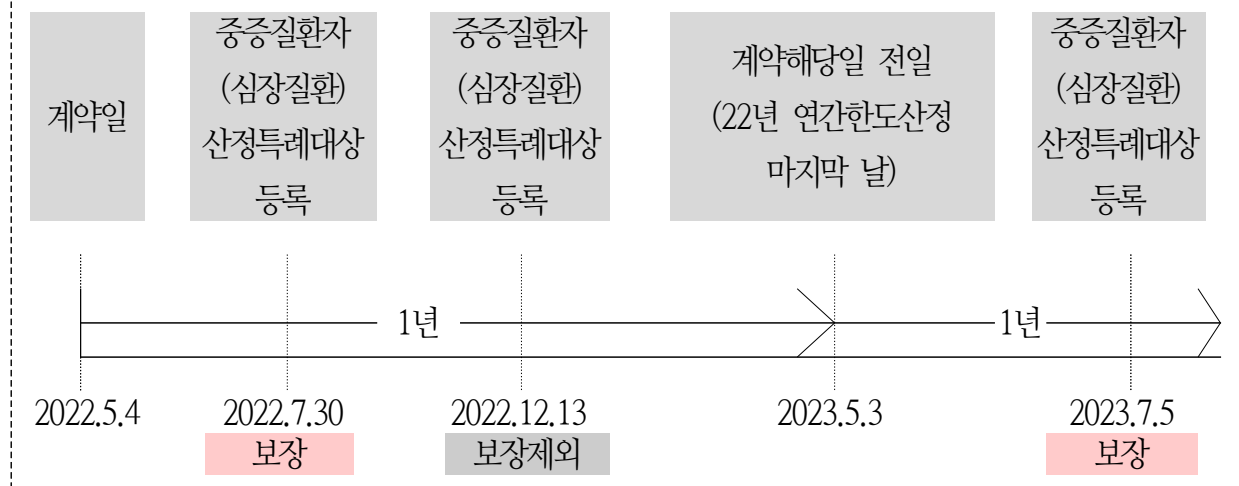
보험가입금액의 5%	보험가입금액의 30%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
2022년 1월 1일 계약일	2022년 4월 1일 가입 후 경과기간 90일 이상 (계약일부터 91일)	2022년 6월 30일 가입 후 경과기간 180일 이상 (계약일부터 181일)	2023년 1월 1일 가입 후 경과기간 1년 이상

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 진단확정된 질병 또는 상해로 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.



〈연간1회한 보장예시〉



- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'이라 함은 <별표29> '중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급 사유)에서 정한 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



< 본인일부부담금 산정특례제도 >

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

< 중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >

중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술 일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 '중증

질환자 심장질환 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑦ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제2항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(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), 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 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.

제7조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.]을 따릅니다.

3-5. 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

3-6. 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상(1등급)으로 인정되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양자금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '노인장기요양보험 수급대상(1등급)으로 인정되었을 경우'라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 '1등급'의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 회사는 보험금의 지급을 위하여 필요한 서류(장기요양인정서 등)를 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급을 판정 받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '장기요양등급'의 판정기준(이하 '장기요양등급 판정기준'이라 합니다)이 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

예시) 장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준

및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 이 특별약관의 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출 하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

3-7. 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

3-8. 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상(1등급 또는 2등급)으로 인정되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양자금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '노인장기요양보험 수급대상(1등급 또는 2등급)으로 인정되었을 경우'라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 '1등급 또는 2등급'의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 회사는 보험금의 지급을 위하여 필요한 서류(장기요양인정서 등)를 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급을 판정 받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '장기요양등급'의 판정기준(이하 '장기요양등급 판정기준'이라 합니다)이 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

예시) 장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.[단, 회사가 제1조(보험금의 지급

사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 이 특별약관의 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출 하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

3-9. 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

3-10. 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상(1~4등급)으로 인정되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양자금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '노인장기요양보험 수급대상(1~4등급)으로 인정되었을 경우'라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 '1~4등급'의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 회사는 보험금의 지급을 위하여 필요한 서류(장기요양인정서 등)를 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급을 판정 받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '장기요양등급'의 판정기준(이하 '장기요양등급 판정기준'이라 합니다)이 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

예시) 장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준

및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 이 특별약관의 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출 하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 - 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 - 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

3-11. 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

3-12. 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 노인장기요양보험 수급대상(1~5등급)으로 인정되었을 경우(이하 '보험금 지급사유'라 합니다)에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양자금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '노인장기요양보험 수급대상(1~5등급)으로 인정되었을 경우'라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 '1~5등급'의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 회사는 보험금의 지급을 위하여 필요한 서류(장기요양인정서 등)를 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급을 판정 받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '장기요양등급'의 판정기준(이하 '장기요양등급 판정기준'이라 합니다)이 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양상태와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 장기요양등급 판정기준의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우

예시) 장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준

및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.[단, 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다].

- 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 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ⑤ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 이 특별약관의 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인'이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자는 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출 하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

4. 비용손해 관련 특별약관

4-1. 민사소송법률비용손해 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액+송달료	500만원 한도



〈 소송제기의 원인이 되는 사건 〉

사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

- 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
- 손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

제2조(소송 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '소송'이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 '심급별'이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.
- ② 이 특별약관에서 '소송사건'이라 함은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급 구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

- ③ 이 특별약관에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.
- ② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급금액을 한도로 합니다.
1. 아래의 '변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 소송목적의 값에 따른 변호사보수액 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

소송목적의 값	변호사보수액	
	소송비용에 산입되는 비율	
2,000만원까지 부분	10%	200만원
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분	8%	[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × (8/100)]
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분	6%	[440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × (6/100)]
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분	4%	[740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × (4/100)]
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분	2%	[940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × (2/100)]
2억원을 초과하여 5억원까지 부분	1%	[1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × (1/100)]
5억원을 초과하는 부분	0.5%	[1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × (0.5/100)]

주) '변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

2. 아래의 '민사소송법 등 인지법'에서 정한 소송목적의 값에 따른 인지액 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

주) '민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

3. 대법원이 정한 아래의 송달료 규칙에 정한 송달료의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료
1심(민사소액 / 민사단독 / 민사합의)	90,000원 / 135,000원 / 135,000원

항소심 / 상고심	108,000원 / 72,000원

주) 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.



〈 연간 하나의 사건 〉

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인 간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

〈 하나의 소송 〉

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제2조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심, 이송은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 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. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
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. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)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(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함하며, 이하 '의무보험'이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 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(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약품의 지속적인 상용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송



< 소의 취하 >

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제425조(항소심 절차에 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(항소심 절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

< 가족 >

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

< 핵연료물질 >

사용된 연료를 포함합니다.

< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제5조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 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 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 회사는 아래의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
 1. 보험금 청구서(회사양식)
 2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 3. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송상 조정, 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료
- ② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보보험금으로 지급하여 드립니다.
- ③ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 회사는 이에 소요되는 비용을 보상합니다.
- 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.

제9조(조사)

- ① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 상황, 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 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제10조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보통약관 제43조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된

특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입하거나 3종 일반심사형(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 4종 일반심사형(100세만기, 일반형, 납입면제형), 5종 일반심사형(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 6종 일반심사형(90세만기, 일반형, 납입면제형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 9종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 10종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 11종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 12종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 15종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 16종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(100세만기, 일반형, 납입면제형), 17종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 해약환급금 미지급형Ⅱ, 납입면제형), 18종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(90세만기, 일반형, 납입면제형)에서 갱신형 특별약관으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제12조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.

5. 배상책임손해 관련 특별약관

• 배상책임손해 관련 특별약관 공통조항

제1조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 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. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제2조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제1조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.



< 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.

제3조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 계약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 이 보험이 의무보험인 경우에는 그러하지 않으며 의무보험이 다수인 경우에는 제4조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입

했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 '의무보험에서 보상하는 금액'으로 봅니다.

제4조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다.)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 비율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.



〈 보상책임을 지는 한도 〉

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

제6조(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 취득합니다.
 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 회사는 이에 소요되는 비용을 보상합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')에 대한 것으로, 임차인 등이 보험료를 납부하는 경우 임차인 등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인 등 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제7조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.

제8조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체 없이 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 증가

된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.



〈 위험변경 시 해약환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제7조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제8조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제40조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 의한 이 계약의 해지가 손해 발생 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제16조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 하여 적용합니다(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 하여 적용합니다).

제10조(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.

제11조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동意的한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무 보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제12조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우에는 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조(조사)

- ① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제14조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생

으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.



〈 타인을 위한 계약 〉

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제15조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제7조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제9조(알릴 의무 위반의 효과), 제10조(사기에 의한 계약), 제12조(계약의 무효) 또는 '5. 배상책임손해 관련 특별약관' 중 해당 특별약관의 제○조(보상하지 않는 손해)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우



〈 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.

제16조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 보통약관 제33조[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 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(계약 전 알릴 의무), 제9조(알릴 의무 위반의 효과), 제10조(사기에 의한 계약), 제15조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 보통약관 제21조(보험계약의 성립)을 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제9조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제17조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제40조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제18조(준용규정)

'배상책임손해 관련 특별약관 공통조항'에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급사유 미합의 시 분쟁 해결), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제7조(보험금 지급사유의 통지), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급), 제18조(상해보험계약 후 알릴 의무), 제26조(보험나이 등), 제27조(계약의 소멸), 제30조(보험료의 납입면제), 제31조(보험료의 납입면제에 대한 세부규정)은 제외합니다.

5-1. 가족일상생활배상책임(50만원공제)Ⅱ 특별약관(갱신형)

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 제4조(피보험자의 범위)에서 규정된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 아래에 열거한 사고(이하 '사고'라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 '손해'라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
 1. 피보험자가 살고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
- ② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호의 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가함으로써 그로인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제2조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실 내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다)에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위에 기인하는 배상책임



< 폭동 >

군중 또는 다수인의 집단행동에 의해 전국 또는 일부지역에 있어 현저히 평온을 해쳐 치안유지상 중대한 사태라고 인정되는 상태를 말합니다.

< 핵연료물질 >

사용된 연료를 포함합니다.

〈 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 〉

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제4조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에서 정한 자로 합니다.
 1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '기명피보험자'라 합니다)
 2. 기명피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 '배우자'라 합니다)
 3. 기명피보험자 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 친족(민법 제 777조 규정의 범위와 같습니다)
 4. 기명피보험자 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 기명피보험자와 기명피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.



〈 민법 제777조 〉

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각 호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

제5조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금: 이 특별약관의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금(대인배상책임의 경우 50만원, 대물배상책임의 경우 50만원)이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상
2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용: 피보험자가 지급한 비용의 전액
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특별약관의 보상한도액의 한도 내에서 보상

제6조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에

알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 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(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.



〈 상법 제657조 〉

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체 없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제7조(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(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

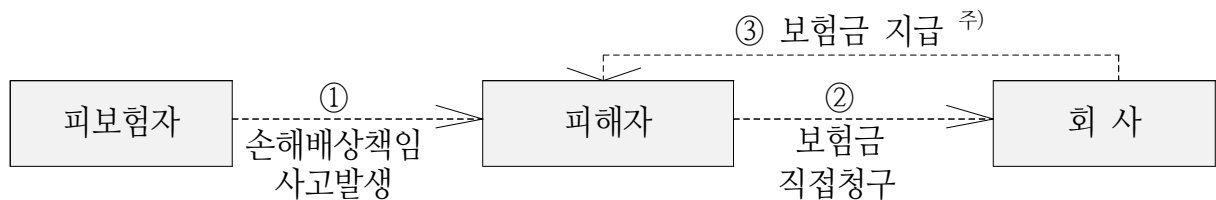
- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는

는 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 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.



〈 손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시 〉



주) 단, 피보험자가 피해자에게 손해배상액의 전부 또는 일부를 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우, 회사는 해당하는 보험금 지급 거절 가능

제9조(계약의 소멸)

- ① 기명피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 '배상책임손해 관련 특별약관 공통조항' 제1조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 '배상책임손해 관련 특별약관 공통조항' 제2조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제10조(보험료의 납입면제)

이 특별약관은 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따르지 않습니다.

제11조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



〈 강제집행 〉

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

〈 담보권실행 〉

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

〈 국세 및 지방세 체납처분 절차 〉

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

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

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 '배상책임손해 관련 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 제4조(피보험자의 범위)에서 규정된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 아래에 열거한 사고(이하 '사고'라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 '손해'라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
 1. 피보험자가 살고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
- ② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호의 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가함으로써 그로인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제2조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실 내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다)에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위에 기인하는 배상책임
20. 피보험자가 주택내 화재 및 폭발로 인하여 타인에게 신체장해를 입히거나 재물손해로 인한 법률상의 배상책임



〈 폭동 〉

군중 또는 다수인의 집단행동에 의해 전국 또는 일부지역에 있어 현저히 평온을 해쳐 치안유지상 중대한 사태라고 인정되는 상태를 말합니다.

〈 핵연료물질 〉

사용된 연료를 포함합니다.

〈 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 〉

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제4조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관의 피보험자는 다음 각 호에서 정한 자로 합니다.
 1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '기명피보험자'라 합니다)
 2. 기명피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 '배우자'라 합니다)
 3. 기명피보험자 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 친족(민법 제 777조 규정의 범위와 같습니다)
 4. 기명피보험자 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 기명피보험자와 기명피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.



〈 민법 제777조 〉

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각 호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

제5조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금: 이 특별약관의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금(대인배상책임의 경우 50만원, 대물배상책임의 경우 50만원)이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상
2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용: 피보험자가 지급한 비용의 전액
3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특별약관의 보상한도액의 한도 내에서 보상

제6조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 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(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.



〈 상법 제657조 〉

제657조(보험사고발생의 통지의무)

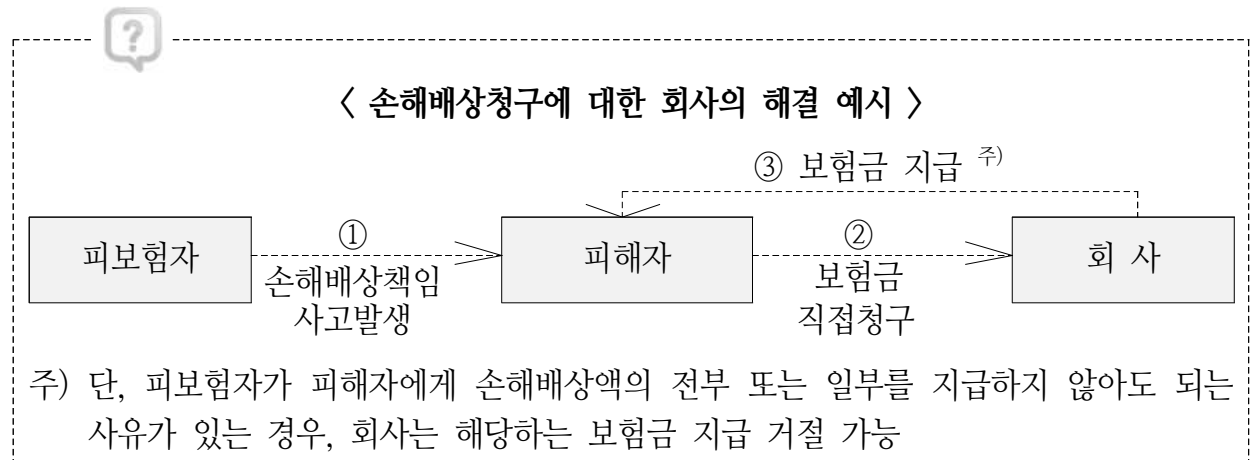
- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체 없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제7조(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(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.



제9조(계약의 소멸)

- ① 기명피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 '배상책임손해 관련 특별약관 공통조항' 제1조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 '배상책임손해 관련 특별약관 공통조항' 제2조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 계약자적립액 〉

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

제10조(보험료의 납입면제)

이 특별약관은 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)를 따르지 않습니다.

제11조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 타인을 위한 계약의 경우 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



〈 강제집행 〉

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

〈 담보권실행 〉

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

〈 국세 및 지방세 체납처분 절차 〉

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

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

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 '배상책임손해 관련 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

6. 무배당 상해·질병수술비Ⅱ(1~5종) 독립 특별약관

제1절 공통조항

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적 및 특별약관의 종목)

이 특별약관은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해 또는 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

회사가 판매하는 무배당 상해·질병수술비(1~5종) 독립 특별약관은 아래 총 4개의 특별약관으로 구성되어 있습니다.

1. 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
2. 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관
3. 질병수술비Ⅱ(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
4. 질병수술비Ⅱ(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 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 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 및 보상 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. 장애 : <별표2> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
 - 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 보험가입금액 : 회사와 계약자 간에 약정한 금액으로 보험사고 발생 시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액을 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.

나. 보장부분 적용이율 : 보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.

다. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 '업무자료-보험상품자료'에서 확인 할 수 있습니다.)

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

마. 보험계약대출이율 : 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용합니다.

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'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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



〈 심신상실 〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

〈 습관성 유산, 불임 및 인공수정 〉

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제2절 보장조항에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금 등의 청구)

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

제7조(보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서

정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <별표1> '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 제10조(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 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 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.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조(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 알릴

의무'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.



〈 계약 전 알릴 의무 이행 절차 〉

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필 서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음으로 대체합니다).

〈 계약 전 알릴 의무 위반 사례 〉

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기 하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

〈 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 〉

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

제9조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

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



< 직업 >

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

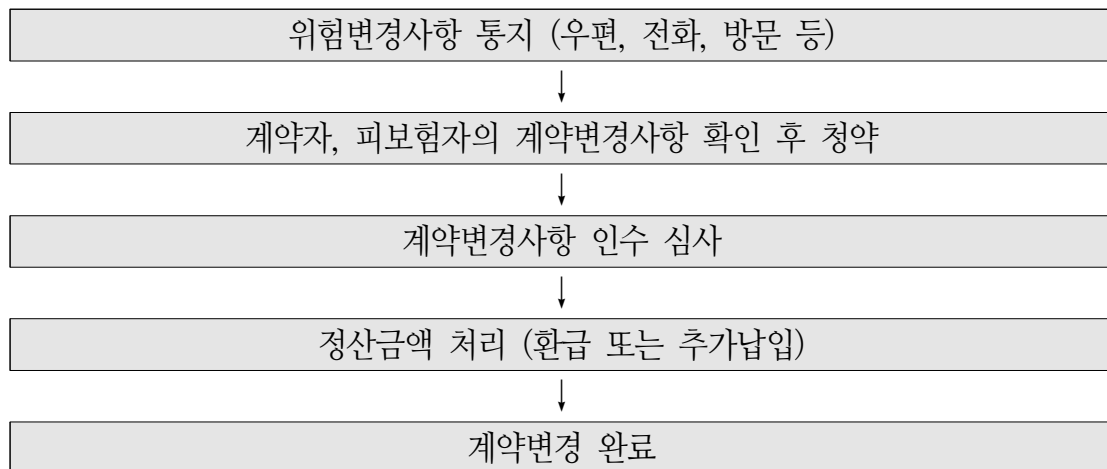
< 직무 >

직책이나 직업 상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제14조(특별약관 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 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- 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.



〈 위험변경 시 해약환급금 정산 〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제10조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제9조(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 경우에 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특별약관을 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 특별약관을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특별약관의 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

언어 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 특별약관의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제9조(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 제21조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)]에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 적용합니다 (부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 하여 적용합니다).

제11조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제12조(특별약관의 성립)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보통약관을 말하며, 보통약관에 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 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.
- ④ 제3항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제20조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제21조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)]에서 정한 계약

의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이미 납입한 각각의 보험료에 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 때 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.



〈 심신상실자(心神喪失者) 〉

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(心神薄弱者) 〉

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 법률행위는 취소할 수 있습니다.

제14조(특별약관 계약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특별약관의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 보험계약의 내용을 변경할 때 이 특별약관도 동일하게 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다.

다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특별약관의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



〈 해약환급금 정산 〉

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

〈 보험가입금액 등의 감액 시 환급금 〉

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입 시 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제15조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 제2항의 계약해당일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



〈 보험나이 계산 예시 〉

생년월일 : 1991년 10월 2일, 현재(계약일) : 2022년 4월 13일
 ⇒ 2022년 4월 13일 - 1991년 10월 2일
 = 30년 6월 11일 = 31세

〈 계약해당일이 존재하지 않는 경우 보험나이 계산 예시 〉

최초계약일 : 2020년 2월 29일, 보험나이 40세

⇒ 2022년 2월 28일, 보험나이 42세
⇒ 2024년 2월 29일, 보험나이 44세

제16조(특별약관의 소멸)

이 특별약관 계약의 소멸 사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 특별약관의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제8조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제10조(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.



〈 보장개시일 〉

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

제18조(제2회 이후 보험료의 납입)

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



〈 납입기일 〉

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제19조(보험료의 납입면제)

이 특별약관 계약의 납입면제는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제20조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지]

- ① 보통약관의 보험료를 납입하지 않아 보통약관이 해지된 경우에는 이 특별약관도 해지됩니다. 다만, 이 특별약관의 보험료 납입이 완료된 이후에 보통약관의 보험료를 납입하지 않아 보통약관이 해지된 경우에는 이 특별약관은 해지되지 않습니다.
- ② 보통약관의 보험료를 납입하고 이 특별약관의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 제3항에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특별약관은 해지됩니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 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 특별약관이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



〈 납입최고(독촉)기간 〉

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

제21조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)]

- ① 제20조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지]에 따라 특별약관이 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 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 회사는 제20조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지] 제1항에 따라 해지된 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관에서 정한 해지특별약관의 부활(효력회복)규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ③ 회사는 제20조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지] 제2항에 따라 해지된 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관이 유효하게 유지되고 있는 경우에 한하여 보통약관에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 보통약관의 부활(효력회복)청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 제8조(계약 전 알릴 의무), 제10조(알릴 의무 위반의 효과), 제11조(사기에 의한 계약), 제12조(특별약관의 성립) 및 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제1항 내지 제4항에서 정한 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제10조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 6 관 특별약관의 해지 및 해약환급금 등

제22조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특별약관을 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 특별약관을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제24조(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 금융소비자 보호에 관한 법률 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- 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 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제25조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 다만, 보험계약대출금이 있을 경우에는 그 원리금을 빼고 지급합니다.
- 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> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제24조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제 7 관 보험계약의 자동갱신 등

※ 「제7관 보험계약의 자동갱신 등」은 갱신형으로 가입한 경우에만 적용합니다.

제26조(보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 계약의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다.
- ② 이 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 계약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 '갱신전계약'이라 합니다)과 동일한 내용으로 이 계약의 만기일(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 제1항에도 불구하고 갱신 시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



< 갱신계약의 갱신 보험기간 예시 >

45세의 피보험자가 10년 갱신으로 100세까지 갱신하는 경우

→ 갱신 시점의 피보험자 나이 : 55세, 65세, ... , 85세, 95세

→ 95세 갱신 시점에서는 100세 갱신종료 시까지의 잔여보험기간이 10년보다 작아 5년 만기로 갱신합니다.

제27조[갱신계약 제1회 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제]

- ① 계약자는 갱신계약의 보험료를 보험기간 동안 계속 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 경우 보통약관 제20조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지]에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 계약을 해제합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 차감할 수 있습니다.



< 갱신계약의 보험료 예시 >

(단위 : 원)

구 분	...	40세	...	50세	...	60세	...	70세	...
최초가입 시 보험료	...	4,000	...	6,000	...	8,000	...	10,000	...
첫번째 갱신시점의 보험료	...	4,400	...	6,600	...	8,800	...	11,000	...
두번째 갱신시점의 보험료	...	6,100	...	8,300	...	10,600	...	13,000	...

주) 보험료는 일정주기별료(예 : 매년) 재산출됩니다.

40세의 피보험자가 10년 만기로 갱신하는 경우

→ 최초가입 시 납입할 보험료는 가입시점의 40세 보험료인 4,000원입니다.

→ 첫번째 도래하는 갱신계약의 보험료는 갱신 시점의 50세 보험료인 6,600원입니다.

→ 두번째 도래하는 갱신계약의 보험료는 갱신 시점의 60세 보험료인 10,600원입니다.

※ 상기 예시와 같이 갱신 시 보험료에는 피보험자의 나이증가로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 변동분이 함께 반영이 됩니다.

제28조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제26조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 특별약관이 갱신되는 경우 최초 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 이 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 갱신후계약의 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 안내하여 드립니다.

제 8 관 기타사항 등

제29조(예금보험에 의한 지급보장)

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



< 예금자보호제도 >

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 보험계약자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제30조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

6-1. 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)
6-2. 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 <별표25> '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래에 정한 금액을 상해수술비(1~5종)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지 급 금 액
상해수술비 (1~5종)	상해로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '1종' 수술 시	상해수술(1종)보장의 보험가입금액
	상해로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '2종' 수술 시	상해수술(2종)보장의 보험가입금액
	상해로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '3종' 수술 시	상해수술(3종)보장의 보험가입금액
	상해로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '4종' 수술 시	상해수술(4종)보장의 보험가입금액
	상해로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '5종' 수술 시	상해수술(5종)보장의 보험가입금액

주) '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 세부보장의 보험가입금액을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 하나의 상해사고로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 <별표25> '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 행위를 받는 경우로

의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.

- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



< 절단(切斷) >

특정부위를 잘라 내는 것

< 절제(切除) >

특정부위를 잘라 없애는 것

< 흡인(吸引) >

주사기 등으로 빨아들이는 것

< 천자(穿刺) >

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

< 신의료기술평가위원회 >

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 제1절 공통조항 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공 수정을 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(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
- 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
- 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1절 공통조항 제26조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제1절 공통조항 제23조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 공통조항 제6조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1절 공통조항 제7조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 공통조항을 따릅니다.

6-3. 질병수술비Ⅱ(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)

6-4. 질병수술비Ⅱ(1~5종)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관

• 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 및 간편심사형Ⅱ(3.5.5)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 <별표 25> '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비Ⅱ(1~5종)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		1년 미만	1년 이상
질병수술비Ⅱ (1~5종)	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '1종' 수술 시	질병수술Ⅱ(1종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(1종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '2종' 수술 시	질병수술Ⅱ(2종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(2종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '3종' 수술 시	질병수술Ⅱ(3종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(3종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '4종' 수술 시	질병수술Ⅱ(4종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(4종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '5종' 수술 시	질병수술Ⅱ(5종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(5종)보장의 보험가입금액의 100%

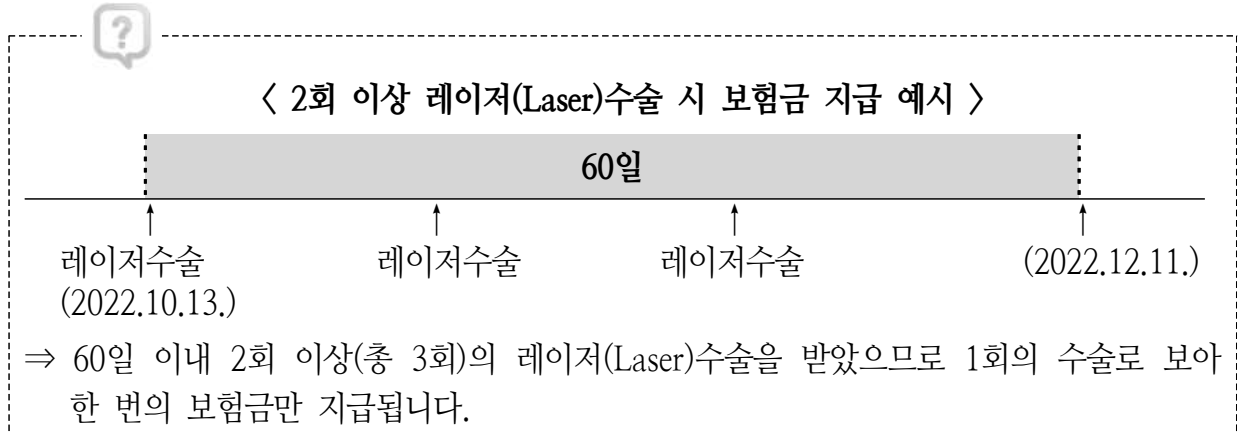
주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우 종전 계약을 자동갱신한 갱신후계약은 1년 미만 보험금 감액 지급 사항을 적용하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

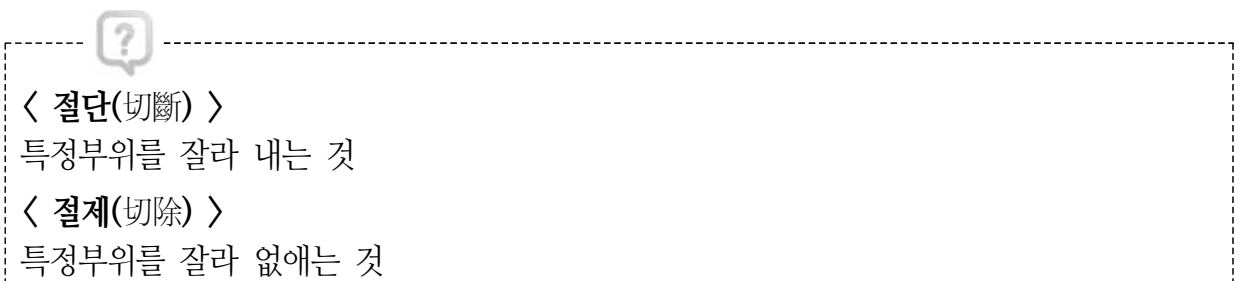
- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
- 제1항에도 불구하고 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ④ 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급합니다.



제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 <별표25> '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 행위를 받는 경우로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등 의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

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

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1절 공통조항 제26조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 8종 간편심사형Ⅱ(3.5.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형), 14종 간편심사형Ⅱ(3.4.5)(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제1절 공통조항 제23조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 공통조항 제6조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1절 공통조항 제7조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 공통조항을 따릅니다.

• 일반심사형

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 <별표25> '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비Ⅱ(1~5종)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		1년 미만	1년 이상
질병수술비Ⅱ (1~5종)	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '1종' 수술 시	질병수술Ⅱ(1종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(1종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '2종' 수술 시	질병수술Ⅱ(2종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(2종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '3종' 수술 시	질병수술Ⅱ(3종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(3종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '4종' 수술 시	질병수술Ⅱ(4종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(4종)보장의 보험가입금액의 100%
	질병으로 '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 '5종' 수술 시	질병수술Ⅱ(5종)보장의 보험가입금액의 50%	질병수술Ⅱ(5종)보장의 보험가입금액의 100%

- 주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.
 2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 수술 시, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 수술 시를 의미합니다. 단, 갱신형 특별약관의 경우 종전 계약을 자동갱신한 갱신후계약은 1년 미만 보험금 감액 지급 사항을 적용하지 않습니다.

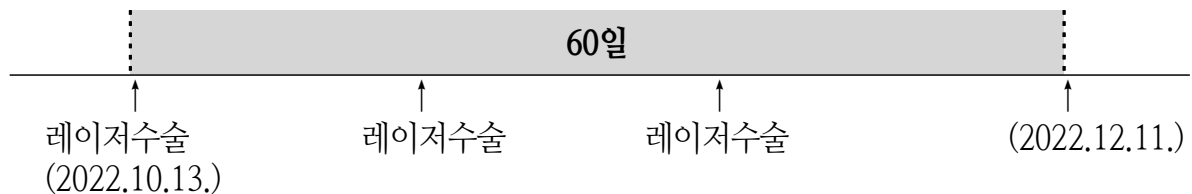
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 피보험자가 같은 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.
- 제1항에도 불구하고 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- 제3조(수술의 정의와 장소) 제2항의 레이저(Laser) 수술의 경우 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술비를 지급

합니다.



〈 2회 이상 레이저(Laser)수술 시 보험금 지급 예시 〉



⇒ 60일 이내 2회 이상(총 3회)의 레이저(Laser)수술을 받았으므로 1회의 수술로 보아 한 번의 보험금만 지급됩니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 함니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 <별표25> '1~5종 수술분류표Ⅱ'에서 정한 행위를 받는 경우로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'에는 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

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

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

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 분류되는 질병에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 다만, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 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(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따라 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(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 국민건강보험법 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 >

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1절 공통조항 제26조(보험기간 및 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 특별약관의 보험료를 납입하여야 합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2종 일반심사형(연만기 100세갱신, 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우에는 보험료 납입이 면제되지 않습니다.

제6조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 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 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 제1절 공통조항 제23조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절 공통조항 제6조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1절 공통조항 제7조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



〈 실종선고 〉

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

〈 계약자적립액 〉

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 공통조항을 따릅니다.

7. 제도성 특별약관

7-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당 계약을 체결한 후 계약전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장이 제한될 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 회사가 정한 기준(의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등)에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 보장 제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 '후유장해'라 합니다)되어 <별표2> '장해분류표'에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
 1. <별표5> '특정신체부위 분류표' 중에서 회사가 지정한 부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. <별표6> '특정질병 분류표' 중에서 회사가 지정한 질병 (이하 '특정질병'이라 합니다)
- ② 제1항의 면책기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 '1년부터 5년' 또는 '계약의 보험기간 전체'로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수지침을 따릅니다. 다

만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

- ③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 '계약의 보험기간 전체'로 적용한 경우 최초계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항의 '최초계약 청약일부터 5년 이내'이라 함은 보통약관 제33조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제3항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 - 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 - 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑥ 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제3항의 보험계약 청약일로 하여 제3항 내지 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제합니다 .
 - 1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체 부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 - 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 - 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ⑧ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조[해지된 특약의 부활(효력회복)]

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)] 및 제35조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

도
립
특
별
약관

제
도
성
특
별
약관

별
표

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 계약에서 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 이 특별약관에서 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자동차(총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차)를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 원동기장치자전거를 포함합니다.
- ③ 제2항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경 시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.



〈 용어풀이 〉

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에서 정한 「이륜자동차」, 도로교통법에서 정한 「원동기장치자전거」에 포함됩니다.

제3조[해지된 특약의 부활(효력회복)]

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제34조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)] 및 제35조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

7-3. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

- ① 이 선지급서비스 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 계약이어야 합니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ③ 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 '사망보장특별약관'이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

- ① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 종합병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간(이하 '여명'이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리 청구인)

- ① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)가 제7조(보험금 등 청구 시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 보험수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 보험금 청구 시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 보험금 청구 시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제7조(보험금 등 청구 시 구비서류)

- ① 피보험자 또는 지정대리청구인은 제1조(적용대상)에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 5. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원 등에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제8조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제7조(보험금 등 청구 시 구비서류)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.
- ② 회사는 제1항의 지급사유의 조사나 확인이 필요하다고 인정하는 경우 피보험자의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 특별약관에서 '제3의 의사'는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

7-4. 보험료 자동납입 특별약관

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독
립
특
별
약관

제
도
성
특
별
약관

별
표

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 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 제21조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정[제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정을 포함합니다]할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 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 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구 시 구비서류)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(사망보험금은 제외합니다)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제6조(보험금 등 청구 시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 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 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

7-6. 가입 후 간편맞춤 계약전환 제도 특별약관

제1조(특별약관의 목적 및 적용대상)

- ① 이 특별약관은 보험계약 체결 이후 제2조(계약전환에 관한 세부규정)에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하여 계약을 전환하는 경우에, 이후 보험기간에 대해 보험료를 변경하고 최초 보험계약체결시점과 동일한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.
- ② 이 특별약관은 아래 제1호 내지 제3호의 조건을 모두 충족하고 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하는 경우, 계약자가 전환신청을 하고 회사가 정한 절차에 따라 계약을 전환하는 때에 적용합니다. 단, 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 적용합니다.
 1. 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입 된 유효한 계약일 것
 2. 전환신청 시 회사가 정한 기간 내 전환시 확인사항을 모두 충족한 계약일 것
 3. 전환전 계약이 일반심사형 계약이 아닐 것

제2조(계약전환에 관한 세부규정)

- ① 제1조(특별약관의 목적 및 적용대상) 제2항 제2호의 '회사가 정한 기간' 및 '전환시 확인사항'라 함은 '전환전 계약'의 유형에 따라 아래 각 호를 모두 충족하는 경우를 말합니다.

전환전 계약	전환후 계약	회사가 정한 기간 및 전환시 확인사항
간편심사형 II (3.4.5)	간편심사형 II (3.5.5)	1. 최초 보험계약체결일로부터 간편심사형 II(3.5.5)으로의 전환신청일 이내에 질병이나 상해로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개포함)을 받은 사항 2. 최초 보험계약체결일로부터 간편심사형 II(3.5.5)으로의 전환신청일 이내에 6대질병으로 진단받거나 입원 또는 수술을 받은 사항
간편심사형 II (3.5.5)	일반심사형	1. 최초 보험계약체결일 또는 계약전환일로부터 일반심사형으로의 전환신청일 이내에 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 의료행위 ^{주1)} 를 받은 사항 2. 최초 보험계약체결일 또는 계약전환일로부터 일반심사형으로의 전환신청일 이내에 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 10대질병 ^{주3)} 으로 의료행위 ^{주2)} 를 받은 사항 3. 상기 각 1호 내지 2호 이외에 회사가 정한 일반심사형 상품의 계약전 알릴의무 사항에 준하는 사항

주1) 의료행위 : 입원, 수술(제왕절개포함), 계속하여 7일 이상 치료, 계속하여 30일 이상 투약을 말합니다. 여기서 "계속하여"란 같은 원인으로 치료 시작 후 완료일까지 실제 치료, 투약 받은 일수를 말합니다.

주2) 의료행위 : 질병확정진단, 치료, 입원, 수술, 투약을 말합니다.

주3) '10대질병' : 암, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 당뇨병, 에이즈(AIDS) 및 HIV 보균을 의미합니다.

- ② 제1조(특별약관의 목적 및 적용대상) 제2항 제2호의 '회사가 정한 기간'이라 함은 아래에서 정한 '계약전환 신청기한' 내의 기간으로서 최초 보험계약체결일 또는 계약전환일 이후로부터 제1항에서 정한 '전환시 확인사항'을 계속하여 충족하는 기간을 말합니다.

전환전 계약	전환후 계약	계약전환 신청기한
간편심사형Ⅱ (3.4.5)	간편심사형Ⅱ (3.5.5)	최초 간편심사형Ⅱ(3.4.5) 보험계약체결일을 기준으로 1년이 경과한 날부터 3년이 경과한 날 이전까지
간편심사형Ⅱ (3.5.5)	일반심사형	최초 간편심사형Ⅱ(3.5.5) 보험계약체결일 또는 간편심사형Ⅱ(3.5.5) 계약전환일을 기준으로 3년이 경과한 날부터 5년이 경과한 날 이전까지
일반심사형		계약전환 불가

제3조(계약전환 안내 및 계약전환의 확인)

- 회사는 계약자에게 '계약해당일' 이전까지 2회 이상 계약전환 요건, 계약전환 절차 및 계약전환 신청 의사, 진료이력 확인을 위한 개인정보 제공·활용 동의 여부 등을 확인하는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 회사는 계약자의 계약전환 의사를 전화(음성녹음) 또는 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.
- '계약해당일'이란 최초 보험계약체결일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 날을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- 회사는 제1조(특별약관의 목적 및 적용대상) 제2항 및 제2조(계약전환에 관한 세부규정)의 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절 할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.
- 회사는 제2조(계약전환에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 '계약전환 신청기한' 내에 회사가 계약자의 계약전환 의사를 확인하지 못한 경우(계약자의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

제4조(계약전환의 적용)

- 회사가 계약전환을 승낙하여 계약이 전환된 경우, '전환후 계약'은 아래에서 정한 사항에 대해 '전환전 계약'과 동일한 내용으로 전환 됩니다.
 - 보장내용
 - 갱신/비갱신 유형
 - 납입면제 운영에 관한사항(납입면제형 / 납입면제 미적용형)
 - 해약환급금 지급에 관한 사항(일반형 / 해약환급금 미지급형Ⅱ)
 - 간편심사 유형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용
- '전환전 계약'에서 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 특별약관은 계약전환이

불가능하며 '전환전 계약'에서 해당 특별약관이 '특별약관의 소멸' 조항에 의하여 이미 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당 특별약관을 무효로 하며 효력이 없어진 이후 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료는 환급합니다.

- ③ '전환후 계약'의 적용일은 회사의 계약전환 신청 승낙 후 최초 도래하는 보험료 납입일로 합니다.
- ④ 최초계약의 '계약 전 알릴 의무', '상해보험계약 후 알릴 의무', '알릴 의무 위반의 효과' 및 '사기에 의한 계약' 조항은 전환후 계약에서도 효력이 계속됩니다.

제5조(전환후 계약의 보험료 적용 및 정산에 관한 사항)

- ① 계약이 전환된 경우 '전환후 계약'의 적용일부터 납입하는 보험료가 변경되며, '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 방법에 따라 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자 적립액 및 미경과보험료 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 '정산금액'이라 합니다)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급합니다.
- ② 제1항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일 부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

별 표

〈별표1〉 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%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 보장공시이율 $V^{(주6)}$ 의 50%
		1년 초과기간 : 보장공시이율 $V^{(주6)}$ 의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 보장공시이율 V 을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
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 적용 시 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 단, 순수보장성으로 운영하는 계약의 경우 평균공시이율을 적용합니다.
7. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

〈별표2〉 장애분류표

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 한시장애지급률로 정한다.
- 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, 좌우의 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 그 중 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 높은 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 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 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) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임

을 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 정상 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 정상 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(검은자위)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 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)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

장애의 분류	지급률(%)
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 $\pm 10\text{dB}$ 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. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 $1/2$ 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 $1/2$ 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)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	내용	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

항목	내용	점수
치료 병력	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

- ① 뇌영상검사(CT, MRI)
- ② 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. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상 태 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 해당 되는 때를 말한다.
 - ① 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정 도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - ② 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - ④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생 하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당 되는 때를 말한다.
 - ① 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - ② 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - ④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡 인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위아래턱(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.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - ② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - ② 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 치아 수에 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. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'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
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

② 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 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 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. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 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.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 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.

- ③ 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 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장해
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 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
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에서 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.
- ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만

- 증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- ② 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.
- ① 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
- ② 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

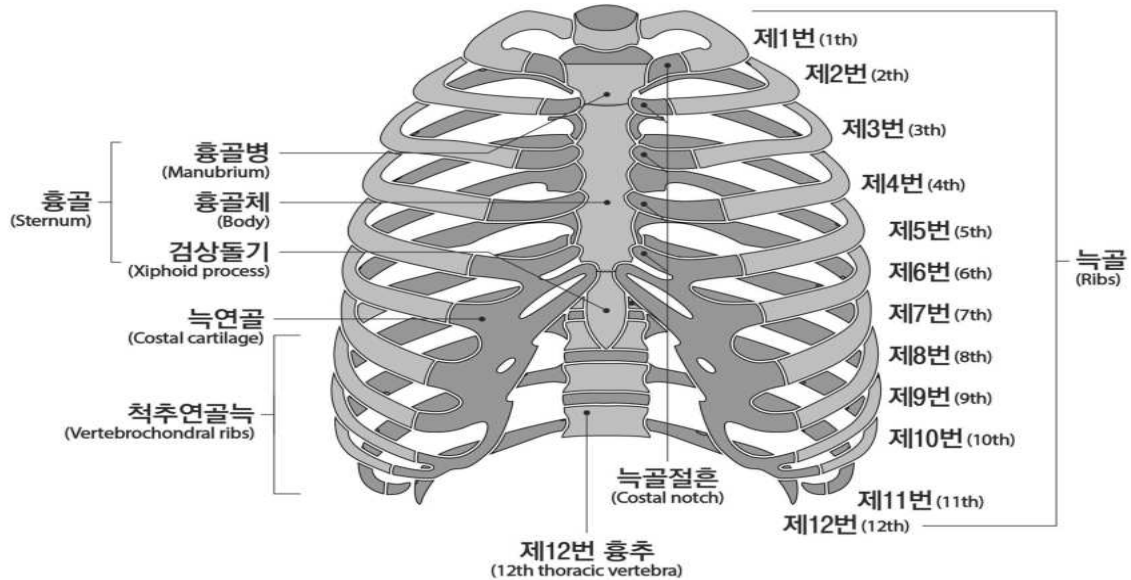
나. 장애판정기준

- 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.
- ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
- ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
- ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상

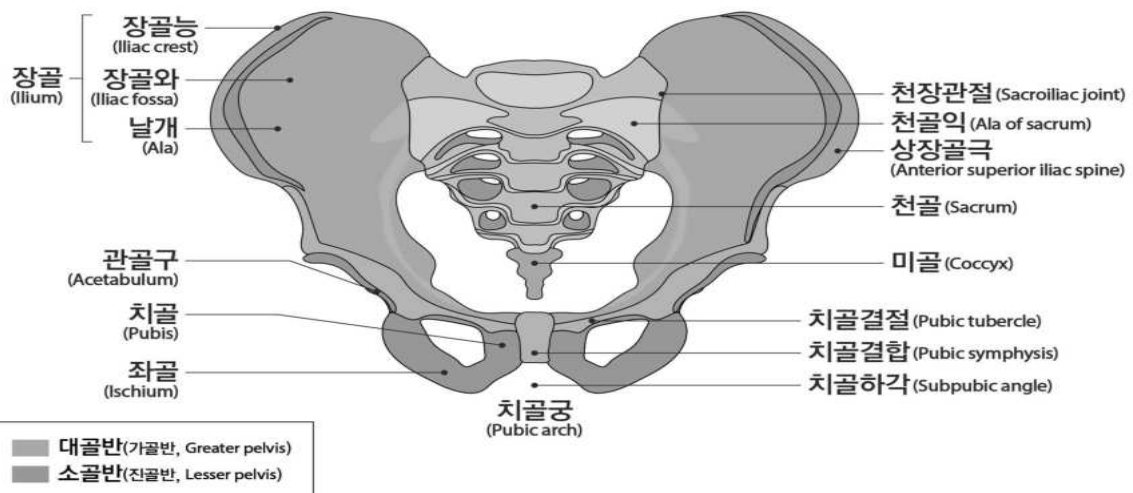
남은 상태

- 3) '빋장뼈(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.

가슴뼈



골반뼈



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 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) '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.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 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.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 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.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ③ 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.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절^{주)}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

장애의 분류	지급률(%)
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 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) '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 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 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 때를 말한다.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 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 때를 말한다.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ④ 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 때를 말한다.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 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 후유장애지급률은 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

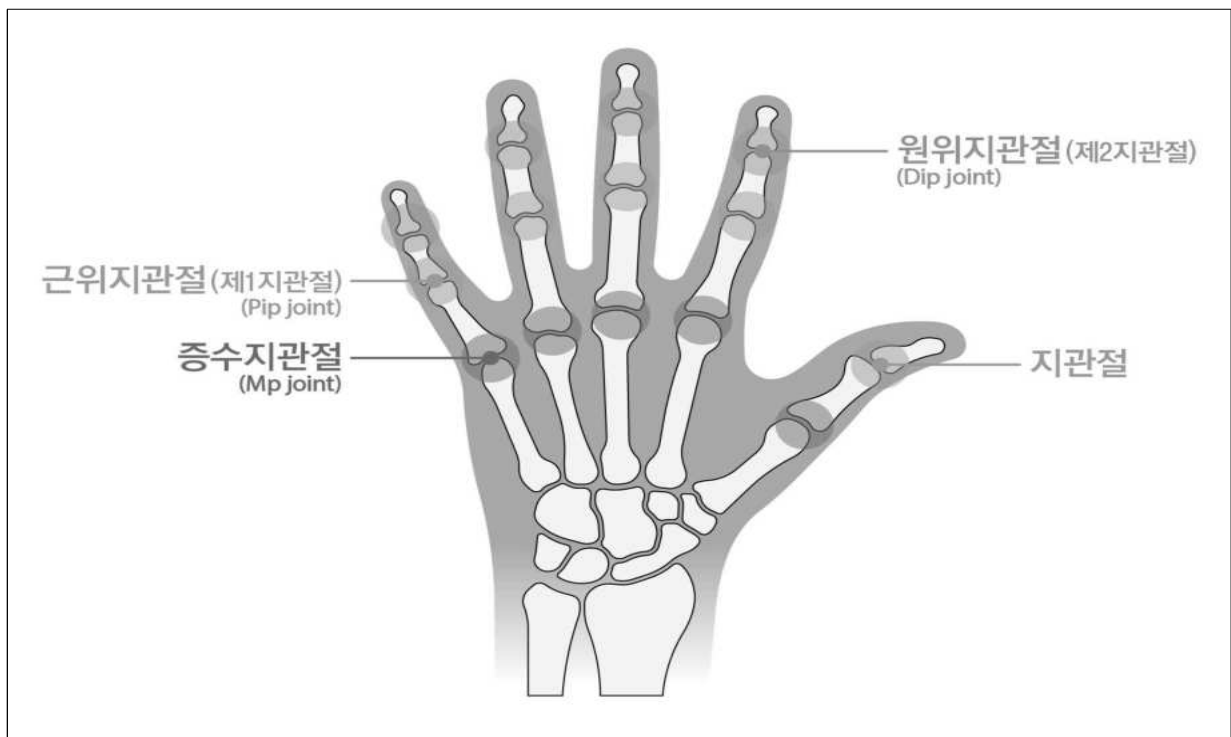
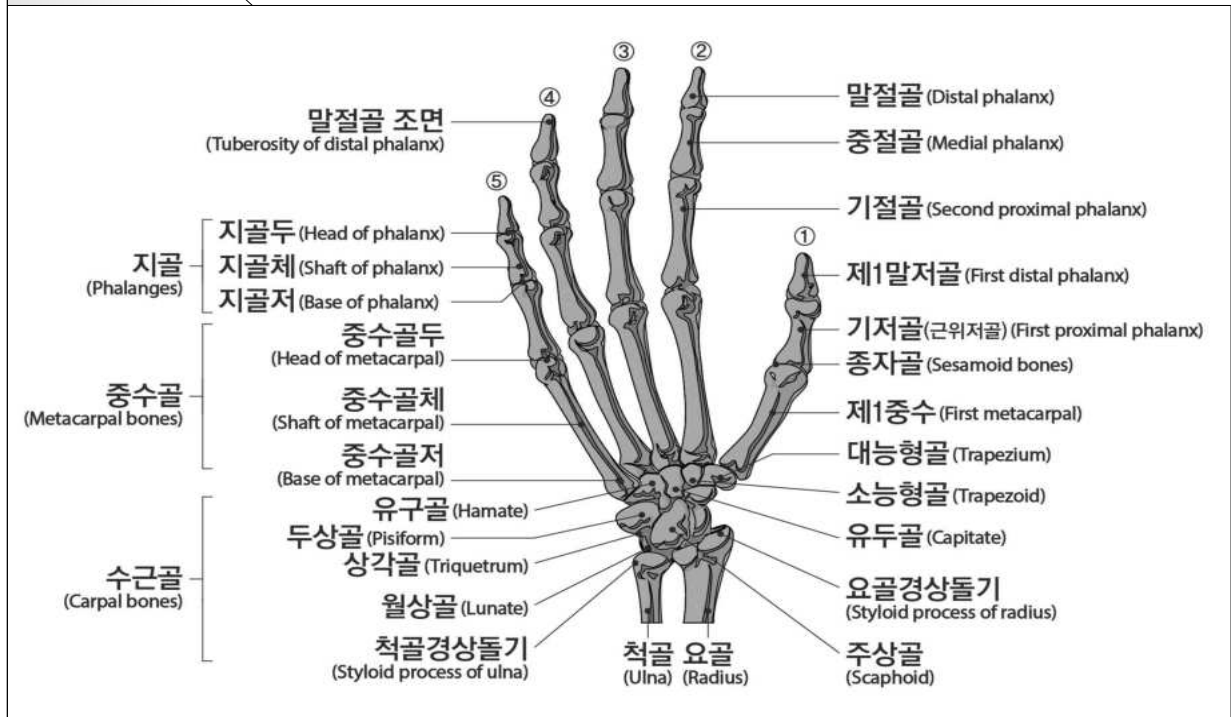
나. 장애판정기준

- 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 정상운동영역의

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 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

손가락



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

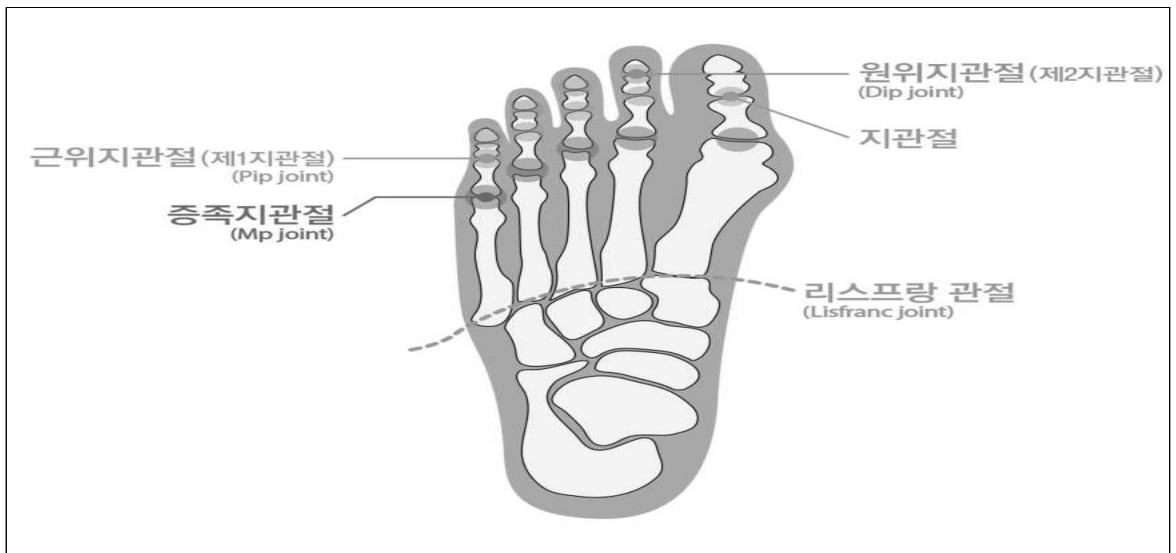
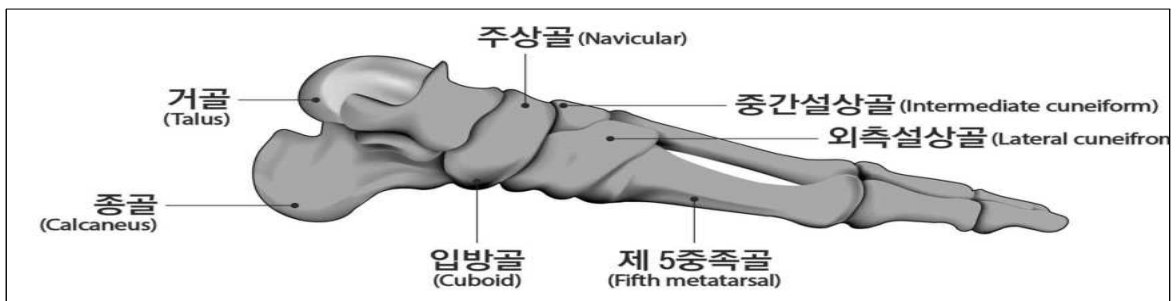
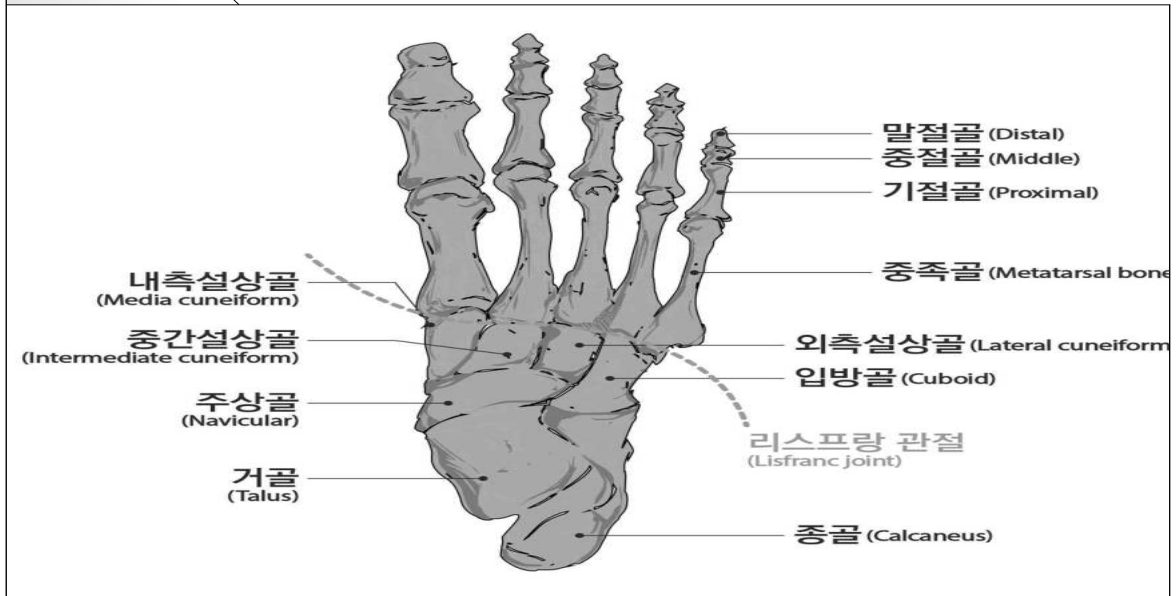
장애의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	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 1/2이하가 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 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제

47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

발가락



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. 장애판정기준

- 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.
 - ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ④ 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.
 - ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - ③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - ⑥ 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.
 - ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - ② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

- ③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 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 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성 폐쇄성폐질환 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
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당

장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- ④ 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.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 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.
- ② 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.
- ③ '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- ④ '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- ⑤ '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
- ⑥ '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- ⑦ '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- ⑧ 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- ⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- ⑩ 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

- ⑪ 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화 촬영, 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.
- ⑫ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑬ 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

- ① '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- ② 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.
- ③ 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- ③ '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.
- ④ '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑥ '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑦ '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 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 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 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 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 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 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
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 나머지는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독
립
특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

〈별표3〉 자동차사고 부상 등급표

등급	상 해 부 위
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스텐트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척추 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척추 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)

등급	상 해 부 위
2급	10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척추 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 기술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다)
	2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)
	3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다)
	4. 심장 타박
	5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다)
	6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해
	7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해
	8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해
	9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해
	10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	12. 상완골 대결절 견열 골절
	13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다)
	14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해
	16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해
	17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절
	18. 요골 경부 골절
	19. 척골 주두부 골절
	20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다)
	21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구
	22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해
	25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해
	26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해
	27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개
	28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해
	29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해
	30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해
	31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
	32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 전열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

등급	상 해 부 위
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않는 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않는 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않는 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

- 주) 1. 상기 분류표에 대한 세부지침은 자동차손해배상보장법 시행령 [별표1](상해의 구분과 책임보험금의 한도금액)을 따릅니다.
2. 법령의 변경으로 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

〈별표4〉 림프절및특정전이암 분류표

- ① 약관에 규정하는 '림프절및특정전이암'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 '림프절및특정전이암' 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	분 류 항 목	분류번호
림프절전이암	1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정전이암	1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '림프절및특정전이암' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표5〉 특정신체부위 분류표

특 정 신 체 부 위
• 위, 십이지장 • 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함) • 대장(맹장, 직장 제외) • 직장 • 항문 • 간 • 담낭(쓸개) 및 담관 • 췌장 • 비장 • 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함) • 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함] • 인두 및 후두(편도 포함) • 식도 • 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘) • 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함] • 안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함] • 신장 • 부신 • 요관, 방광 및 요도 • 음경 • 질 및 외음부 • 전립선 • 유방(유선 포함) • 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함] • 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함) • 난소 및 난관 • 고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭 • 갑상선 • 부갑상선 • 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함) • 피부(두피 및 입술 포함) • 경추부(해당신경 포함) • 흉추부(해당신경 포함) • 요추부(해당신경 포함)

특 정 신 체 부 위

- 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
- 왼쪽 어깨
- 오른쪽 어깨
- 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
- 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
- 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
- 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
- 왼쪽 고관절
- 오른쪽 고관절
- 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
- 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
- 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
- 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
- 상·하악골(위·아래턱뼈)
- 쇄골
- 늑골(갈비뼈)

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별
약관

제
도
성
특별
약관

별
표

〈별표6〉 특정질병 분류표

특 정 질 병	분 류 번 호 [제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 기준]
담석증	K80
요로결석증	N20~N23
연골증, 관절증, 관절염	M00~M03, M05~M25, M93, M94
척추질환	M40~M54
자궁근종	D25
결핵	A15~A19
	B90
골반염	N73, N74
하지정맥류	I83
심장질환	I00~I02, I05~I09, I11, I13, I20~I28, I30~I52, I97
	P29
	Q20~Q26
	R00, R01, R57
뇌혈관질환	I60~I69
	G45, G46
	Q28
고혈압	I10~I13, I15
	O11, O13, O14
당뇨(혈당치상승 포함)	E10~E14
	O24
	R73
암	C00~C26, C30~C41, C43, C45~C58, C60~C72, C74~C97
	D45~D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5
자궁내막증	N80
복막의 질환	K65~K67
통풍	E79
	M10

특 정 질 병	분 류 번 호	
	[제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 기준]	
골다공증	M80~M82	
지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78	
사시	H49~H51	
백내장	H25~H27	
탈장	K40~K46	
	N43	
천식	J44~J46	
유산	N96	
	O00~O08, O20	
임신중독증	O11~O15	
바르톨린선의 질환	N75	

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표7〉 악성 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 '암'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 '암' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정 준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '암' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표8〉 제자리신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 '제자리암'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 '제자리암' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '제자리암' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표9〉 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 '경계성종양'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 '경계성종양' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세포 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세포 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '경계성종양' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표10〉 뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 '뇌혈관질환'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 '뇌혈관질환' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌혈관질환' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표11〉 뇌졸중 분류표

- ① 약관에 규정하는 '뇌졸중'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 '뇌졸중' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌졸중' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표12〉 뇌출혈 분류표

- ① 약관에 규정하는 '뇌출혈'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 '뇌출혈' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '뇌출혈' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표13〉 허혈심장질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 '허혈심장질환'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 '허혈심장질환' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '허혈심장질환' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표14〉 급성심근경색증 분류표

- ① 약관에 규정하는 '급성심근경색증'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 '급성심근경색증' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '급성심근경색증' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표15〉 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·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 아나필락시스 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 아나필락시스 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 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.
- ③ 대상상병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표16〉 142대질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 '142대질병'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 '142대질병' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목			분류번호
18대 특정질병 수술비보장	당뇨병	1. 당뇨병 질환 - 1형 당뇨병 - 2형 당뇨병 - 영양실조-관련 당뇨병 - 기타 명시된 당뇨병 - 상세불명의 당뇨병 - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 당뇨병에서의 사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 M14.2 N08.3
	고혈압	2. 고혈압 질환 - 본태성(원발성) 고혈압 - 고혈압성 심장병 - 고혈압성 신장병 - 고혈압성 심장 및 신장병 - 이차성 고혈압 - 고혈압성 뇌병증 - 고혈압성 망막병증 [H35.0 중 고혈압성 망막병증에 한함]	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.0 ^{주3)}
	간질환	3. 바이러스간염 4. 간의 질환 ↳(거대세포바이러스간염(K77.0*)) ↳(톡소포자충간염(K77.0*))	B15~B19 K70~K77 ↳(B25.1) ↳(B58.1)
	위· 십이지장 궤양	5. 위궤양 6. 십이지장궤양 7. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
	동맥경화증	8. 죽상경화증	I70

분 류 항 목			분류번호
18대 특정질병 수술비보장	만성 하부호흡기질 환	9. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
		10. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
		11. 상세불명의 만성 기관지염	J42
		12. 천식	J45
		13. 천식지속상태	J46
	결핵	14. 결핵 ↳(결핵관절염(A18.01+)) ↳(척추의 결핵(A18.00+)) ↳(뼈의 결핵(A18.02+)) ↳(결핵성 방광염(A18.11+)) ↳(자궁경부의 결핵감염(A18.17+)) ↳(여성 결핵성 골반염증질환(A18.17+)) ↳(결핵성 복막염(A18.30+)) ↳(장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*))	A15~A19 ↳(M01.1) ↳(M49.0) ↳(M90.0) ↳(N33.0) ↳(N74.0) ↳(N74.1) ↳(K67.3) ↳(K93.0)
		15. 결핵의 후유증	B90
	신부전	16. 신부전	N17~N19
	폐렴	17. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
		18. 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
		19. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
		20. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
		21. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		22. 달리 분류된 질환에서의 폐렴 ↳(거대세포바이러스폐렴(J17.1*)) ↳(폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)) ↳(수두폐렴(J17.1*)) ↳(폐독소포자충증(J17.3*))	J17 ↳(B25.0) ↳(B05.2) ↳(B01.2) ↳(B58.3)
		23. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
		24. 재향군인병	A48.1
		25. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	패혈증	26. 연쇄알균패혈증	A40
		27. 기타 패혈증	A41

분 류 항 목			분류번호
18대 특정질병 수술비보장	중추신경계통 의 염증성질환	28. 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
		29. 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염 ↳(수막알균수막염(G01*))	G01 ↳(A39.0)
		30. 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염 ↳(아데노바이러스수막염(G02.0*)) ↳(엔테로바이러스수막염(G02.0*)) ↳(헤르페스바이러스수막염(G02.0*)) ↳(수막염이 합병된 홍역(G02.0*)) ↳(볼거리수막염(G02.0*)) ↳(수두수막염(G02.0*)) ↳(대상포진수막염(G02.0*)) ↳(칸디다수막염(G02.1*)) ↳(코시디오이데스진균수막염(G02.1*))	G02 ↳(A87.1) ↳(A87.0) ↳(B00.3) ↳(B05.1) ↳(B26.1) ↳(B01.0) ↳(B02.1) ↳(B37.5) ↳(B38.4)
		31. 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
		32. 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
		33. 달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 ↳(아데노바이러스뇌염(G05.1*)) ↳(엔테로바이러스뇌염(G05.1*)) ↳(헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)) ↳(뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)) ↳(볼거리뇌염(G05.1*)) ↳(수두뇌염(G05.1*)) ↳(대상포진뇌염(G05.1*))	G05 ↳(A85.1) ↳(A85.0) ↳(B00.4) ↳(B05.0) ↳(B26.2) ↳(B01.1) ↳(B02.0)
		34. 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	중추신경계통 의 염증성질환	35. 달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 ↳(아메바성 뇌농양(G07*))	G07 ↳(A06.6)
		36. 두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
		37. 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
	파킨슨병	38. 파킨슨병	G20
		39. 이차성 파킨슨증	G21
	다발경화증	40. 다발경화증	G35

분 류 항 목			분류번호
18대 특정질병 수술비보장	자율신경계통 의 장애	41. 자율신경계통의 장애	G90
	대동맥류	42. 대동맥동맥류 및 박리	I71
	폐질환	43. 폐기종 44. 기타 만성 폐쇄성 폐질환 45. 기관지확장증 46. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 47. 흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94
	급성 췌장염	48. 급성 췌장염	K85
	췌장질환	49. 췌장의 기타 질환 50. 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 ↳(거대세포바이러스췌장염(K87.1*)) ↳(볼거리췌장염(K87.1*))	K86 K87 ↳(B25.2) ↳(B26.3)
	갑상선질환 수술비보장	51. 갑상선의 장애 ↳(갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)) 52. 치료후 갑상선기능저하증 53. 방사선조사후 갑상선기능저하증 54. 수술후 갑상선기능저하증	E00~E07 ↳(H06.2) E89.0 E89.0 E89.0
4대 특정질병 수술비보장	관절염	55. 감염성 관절병증 56. 염증성 다발관절병증 ↳(류마티스폐질환(M05.1+)) 57. 관절증 58. 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 ↳(J99.0) M15~M19 M20~M25
	백내장	59. 노년백내장 60. 기타 백내장 61. 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
	녹내장	62. 녹내장 63. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42

분 류 항 목			분류번호
4대 특정질병 수술비보장	생식기질환	64. 남성생식기관의 질환 * 「남성불임」 제외 ↳(편모충성 전립선염(N51.0*)) ↳(남성생식기관의 결핵(N51.-*)) ↳(볼거리고환염(N51.1*)) 65. 여성골반내기관의 염증성 질환 ↳(자궁경부의 결핵(N74.0*)) ↳(결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)) 66. 여성생식관의 비염증성 장애 * 「습관적 유산자」 제외 * 「여성불임」 제외 * 「인공수정과 관련된 합병증」 제외 67. 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N40~N51 * N46 제외 ↳(A59.08) ↳(A18.14) ↳(B26.0) N70~N77 ↳(A18.17) ↳(A18.17) N80~N98 * N96 제외 * N97 제외 * N98 제외 N99
39대 특정질병 수술비보장	담석증	68. 담석증	K80
	사타구니 탈장	69. 사타구니탈장	K40
	편도염	70. 편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	축농증	71. 만성 부비동염	J32
	황반변성	72. 황반 및 후극부의 변성	H35.3
	급성상 기도감염	73. 급성 상기도감염	J00~J06
	담낭담도 질환	74. 담낭염	K81
		75. 담낭의 기타 질환	K82
		76. 담도의 기타 질환	K83
	중이 및 유도의 질환	77. 중이 및 유도의 질환 ↳(중이염이 합병된 홍역(H67.1*)) ↳(홍역후 중이염(H67.1*))	H65~H75 ↳(B05.3) ↳(B05.3)
	내이의 질환	78. 내이의 질환	H80~H83
	소화계통의 양성신생물	79. 기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
	중이·호흡계 통 및 흉곽의 양성신생물	80. 중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
		81. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
	골 및 관절연골의 양성신생물	82. 골 및 관절연골의 양성 신생물	D16

분 류 항 목			분류번호
39대 특정질병 수술비보장	조직의 양성신생물	83. 중피조직의 양성 신생물 84. 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 85. 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
	수막의 양성신생물	86. 수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통 의 양성신생물	87. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물	88. 갑상선의 양성 신생물 89. 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
	유방의 양성신생물	90. 유방의 양성 신생물	D24
	골다공증	91. 병적 골절을 동반한 골다공증 92. 병적 골절이 없는 골다공증 93. 달리 분류된 질환에서의 골다공증 94. 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
	여성생식기의 양성종양	95. 자궁의 평활근종 96. 자궁의 기타 양성 신생물 97. 난소의 양성 신생물 98. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
	남성생식기의 양성종양	99. 남성생식기관의 양성 신생물	D29
	비뇨기관의 양성신생물	100. 비뇨기관의 양성 신생물	D30
	후각특정 질환	101. 혈관운동성 및 알레르기성 비염 102. 만성 비염, 비인두염 및 인두염 103. 코폴립 104. 코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34

분 류 항 목			분류번호
39대 특정질병 수술비보장	인후부위의 특정질환	105. 편도주위농양 106. 만성 후두염 및 후두기관염 107. 달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 108. 상기도의 기타 질환	J36 J37 J38 J39
	눈 및 눈부속기관의 특정질환	109. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 ↳(홍채섬모체염(H22.0*)) ↳(홍채염(H22.0*)) ↳(전방포도막염(H22.0*)) ↳(각막염(H19.1*)) ↳(각막결막염(H19.1*)) ↳(각막상피염(H19.1*)) ↳(간질각막염(H19.1*)) ↳(각막내피염(H19.1*)) ↳(아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)) ↳(유행성 각막결막염(H19.2*)) ↳(조선소눈병(H19.2*)) 110. 맥락막 및 망막의 장애 * 「황반 및 후극부의 변성」 제외 * 「고혈압성 망막병증[H35.0 중 고혈압성 망막병증에 한함]」 제외 * 「당뇨병성 망막병증」 제외 111. 시신경 및 시각경로의 장애 112. 미만성 증판성 각막염 [H59.8 중 미만성 증판성 각막염에 한함]	H15~H22 ↳(B00.50) ↳(B00.50) ↳(B00.50) ↳(B00.51) ↳(B00.51) ↳(B00.51) ↳(B00.51) ↳(B00.51) ↳(B00.51) ↳(B30.0) ↳(B30.0) ↳(B30.0) H30~H36 * H35.3 제외 * H35.0 ^{주3)} 제외 * H36.0 제외 H46~H48 H59.8 ^{주4)}
	사구체질환	113. 급성 신염증후군 114. 급속 진행성 신염증후군 115. 재발성 및 지속성 혈뇨 116. 만성 신염증후군 117. 신증후군 118. 상세불명의 신염증후군 119. 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 120. 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 121. 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 * 「당뇨병에서의 사구체장애」 제외	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08 * N08.3 제외

분 류 항 목			분류번호
39대 특정질병 수술비보장	신세뇨관-간 질질환	122. 급성 세뇨관-간질신장염	N10
		123. 만성 세뇨관-간질신장염	N11
		124. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
		125. 폐색성 및 역류성 요로병증	N13
		126. 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
		127. 기타 신세뇨관-간질질환	N15
		128. 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
	방광의 결석	129. 방광의 결석	N21.0
	신장 및 요관의 기타장애	130. 신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
		131. 상세불명의 신장위축	N26
		132. 원인불명의 작은 신장	N27
		133. 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
		134. 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
	비뇨계통의 기타 질환	135. 방광염	N30
		136. 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
		137. 방광의 기타 장애	N32
		138. 달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
		* 「결핵성 방광염(A18.11†)」 제외	* N33.0 제외
		139. 달리 분류된 질환에서의 요도장애 ↳(칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*))	N37 ↳(B37.40)
		140. 비뇨계통의 기타 장애 * 「스트레스요실금」 제외 * 「기타 명시된 요실금」 제외	N39 * N39.3 제외 * N39.4 제외
	유방의 장애	141. 양성 유방형성이상	N60
		142. 유방의 염증성 장애	N61
		143. 유방의 비대	N62
		144. 유방의 상세불명의 덩이	N63
		145. 유방의 기타 장애	N64

분 류 항 목			분류번호
39대 특정질병 수술비보장	특정 부위의 탈장	146. 대퇴탈장 147. 배꼽탈장 148. 복벽탈장 149. 횡격막탈장 150. 기타 복부탈장 151. 상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
	비감염성 장염 및 결장염	152. 크론병[국소성 장염] 153. 궤양성 대장염 154. 기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
	특정 장질환	155. 장의 혈관장애 156. 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 157. 장의 계실병	K55 K56 K57
	복막의 질환	158. 복막의 질환 * 「결핵성 복막염(A18.30+)」 제외	K65~K67 * K67.3 제외
	척추변형	159. 척주후만증 및 척주전만증 160. 척주측만증 161. 척추골연골증 162. 기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
	척추병증	163. 강직척추염 164. 기타 염증성 척추병증 165. 척추증 166. 기타 척추병증	M45 M46 M47 M48
	추간판장애 (디스크 질환)	167. 경추간판장애 168. 기타 추간판장애	M50 M51
	안면 신경장애	169. 삼차신경의 장애 170. 안면신경장애 171. 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
	단일신경 병증	172. 팔의 단일신경병증 173. 다리의 단일신경병증 174. 기타 단일신경병증 175. 달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 * 「당뇨병성 단일신경병증」 제외 176. 복합부위통증증후군 II형	G56 G57 G58 G59 * G59.0 제외 G90.6

분 류 항 목			분류번호
28대 특정질병 수술비보장	충수의 질환	177. 급성 충수염 178. 기타 충수염 179. 상세불명의 충수염 180. 충수의 기타 질환	K35 K36 K37 K38
	크로이츠펔트 -야콥병	181. 크로이츠펔트-야콥병	A81.0
	조로증	182. 조로증	E34.8
	등통증	183. 등통증	M54
	기관지 및 폐의 악성 신생물	184. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	난소의 악성 신생물	185. 난소의 악성 신생물	C56
	간 및 간내 담관의 악성 신생물	186. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	위의 악성 신생물	187. 위의 악성 신생물	C16
	갑상선의 악성 신생물	188. 갑상선의 악성 신생물	C73
	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바 이러스에 의한 인플루엔자	189. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
	확인된 계절성 인플루엔자바 이러스에 의한 인플루엔자	190. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	191. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

분 류 항 목			분류번호
28대 특정질병 수술비보장	상세불명의 급성 하기도감염	192. 상세불명의 급성 하기도감염	J22
	성인호흡 곤란증후군	193. 성인호흡곤란증후군	J80
	호흡계통의 기타 질환	194. 달리 분류되지 않은 처치후 호흡장애	J95
		195. 달리 분류되지 않은 호흡부전	J96
		196. 기타 호흡장애	J98
		197. 달리 분류된 질환에서의 호흡장애 * 「류마티스페질환」 제외	J99 * J99.0 제외
	맥립종 및 콩다래끼	198. 맥립종 및 콩다래끼	H00
	눈꺼풀의 기타 염증	199. 눈꺼풀의 기타 염증	H01
	눈꺼풀의 기타 장애	200. 눈꺼풀의 기타 장애	H02
	안구의 장애	201. 안구의 장애	H44
	안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	202. 마비성 사시	H49
		203. 기타 사시	H50
		204. 양안운동의 기타 장애	H51
		205. 굴절 및 조절의 장애	H52
	시각장애 및 실명	206. 시각장애	H53
		207. 실명을 포함한 시력장애(양안의 또는 단안의)	H54
	눈 및 눈부속기의 기타 장애	208. 안진 및 기타 불규칙적 눈운동	H55
		209. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H57
		210. 달리 분류된 질환에서의 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H58
		211. 달리 분류되지 않은 눈 및 눈부속기의 처치후 장애 * 「눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애」 제외	H59 * H59.8 제외
	특정 요도질환	212. 요도염 및 요도증후군	N34
		213. 요도협착	N35
		214. 요도의 기타장애	N36

분 류 항 목			분류번호
28대 특정질병 수술비보장	장의 특정기타 질환	215. 장의 농양 216. 장의 천공(비외상성) 217. 장의 누공 218. 장의 궤양	K63.0 K63.1 K63.2 K63.3
	주침샘의 양성신생물	219. 주침샘의 양성신생물	D11
	뇌의 특정염증성질 환	220. 모기매개바이러스뇌염 221. 진드기매개바이러스뇌염 222. 달리 분류되지 않는 기타 바이러스 뇌염 * 「엔테로바이러스뇌염」 제외 * 「아데노바이러스뇌염」 제외 223. 상세불명의 바이러스 뇌염	A83 A84 A85 (A85.0 제외) (A85.1 제외) A86
	다낭성 난소증후군	224. 다낭성 난소증후군	E28.2
	음낭정맥류	225. 음낭정맥류	I86.1
23대 특정질병 수술비보장	부갑상선 질환	226. 부갑상선기능저하증 227. 부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21
	근육장애	228. 근염 229. 근육의 석회화 및 골화 230. 근육의 기타 장애 231. 달리 분류된 질환에서의 근육장애	M60 M61 M62 M63
	발바닥근막염	232. 발바닥근막성 섬유종증 233. 발바닥근막염	M72.2 M72.2
	특정 누적외상성 질환	234. 결합조직의 기타 전신침범 ↳(달리 분류된 기타 질환에서의 각막염 및 각막결막염(M35.0+) 235. 경추상완증후군	M35 ↳(H19.3*) M53.1
	특정 누적외상성 질환	236. 기타 연조직장애 * 「발바닥근막성 섬유종증」 제외 * 「어깨병변 제외」 제외	M70~M79 (M74,M78제외) * M72.2 제외 * M75 제외
	윤활막 및 힘줄장애	237. 윤활막 및 힘줄장애	M65~M68

분 류 항 목			분류번호
23대 특정질병 수술비보장	식도질환	238. 식도염	K20
		239. 위-식도역류병	K21
		240. 식도의 기타 질환	K22
		241. 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
	위·십이지장 질환	242. 위염 및 십이지장염	K29
		243. 기능성 소화불량	K30
	어깨병변	244. 어깨병변	M75
	용혈-요독증 후군	245. 용혈-요독증후군	D59.3
	비장의질환	246. 비장의 질환	D73
	뇌하수체 질환	247. 뇌하수체의 기능항진	E22
		248. 뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23
	대사장애	249. 쿠싱증후군	E24
		250. 부신생식기장애	E25
		251. 고알도스테론증	E26
		252. 부신의 기타 장애	E27
	마비	253. 편마비	G81
		254. 하반신마비 및 사지마비	G82
		255. 기타 마비증후군	G83
	동맥및세동맥 의 질환	256. 동맥색전증 및 혈전증	I74
		257. 동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
	외부요인에의 한 폐질환	258. 탄광부진폐증	J60
		259. 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
		260. 실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
		261. 기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
		262. 상세불명의 진폐증	J64
		263. 결핵과 연관된 진폐증	J65
		264. 특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
		265. 유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
		266. 화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
		267. 고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
		268. 기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70

분 류 항 목			분류번호
23대 특정질병 수술비보장	폐부종	269. 폐부종	J81
	특정호흡기질환	270. 달리 분류되지 않은 폐호산구증가 271. 기타 간질성 폐질환	J82 J84
	침샘의질환	272. 침샘의 질환	K11
	위공장궤양	273. 위공장궤양	K28
	위 및 십이지장의 기타 질환	274. 위 및 십이지장의 기타 질환 * 「위 및 십이지장의 폴립」 제외	K31 * K31.7 제외
	장흡수장애	275. 장흡수장애	K90
	전신결합조직 장애 I	276. 결절성 다발동맥염 및 관련 병태 277. 기타 괴사성 혈관병증 278. 림프절외 NK/T-세포림프종, 비강형태	M30 M31 C86.0
	귀의 기타 장애	279. 귀의 기타 장애	H90~H95
29대 특정질병 수술비보장	뇌전증	280. 뇌전증 281. 뇌전증지속상태	G40 G41
	뇌성마비	282. 뇌성마비	G80
	수두증	283. 수두증	G91
	폐색혈전혈관 염[버거병]	284. 폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
	눈 및 부속기의 양성 신생물	285. 눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
	중증근 무력증 및 기타 근신경장애	286. 중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
	안와의장애	287. 안와의 장애	H05
	유리체의 장애	288. 유리체의 장애	H43
	하지의 정맥류	289. 하지의 정맥류	I83
	과민대장 증후군	290. 과민대장증후군	K58

분 류 항 목			분류번호
29대 특정질병 수술비보장	전신결합조직 장애Ⅱ	291. 전신홍반루푸스 292. 피부다발근염 293. 전신경화증	M32 M33 M34
	골수염	294. 골수염	M86
	골괴사	295. 골괴사	M87
	뼈의 파궤병[변형 성 골염]	296. 뼈의 파궤병[변형성 골염]	M88
	뼈의 기타 장애	297. 뼈의 기타 장애	M89
	연골병증	298. 고관절 및 골반의 연소성 골연골증	M91
		299. 기타 연소성 골연골증	M92
		300. 기타 골연골병증	M93
		301. 연골의 기타 장애	M94
	신장 및 요관의 결석	302. 신장 및 요관의 결석	N20
	요도결석증	303. 요도결석	N21.1
		304. 기타 하부요로결석	N21.8
		305. 상세불명의 하부요로결석	N21.9
		306. 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
	다한증	307. 다한증	R61
	수면무호흡	308. 수면무호흡	G47.3
	결막의 장애	309. 결막염	H10
		310. 결막의 기타 장애	H11
		311. 달리 분류된 질환에서의 결막의 장애	H13
	외이의 질환	312. 외이염	H60
		313. 외이의 기타 장애	H61
		314. 달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H62
	림프절염	315. 비특이성 림프절염	I88
		316. 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
	대상포진	317. 대상포진	B02

분 류 항 목			분류번호
29대 특정질병 수술비보장	급성 기관지염	318. 급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	319. 급성 세기관지염	J21
	정맥염 및 혈전정맥염	320. 정맥염 및 혈전정맥염	I80
	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	321. 기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
	식도정맥류	322. 식도정맥류	I85

주) 1. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다(자세한 내용은 '한국표준질병·사인분류'를 참고).

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 142대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 해당 진단코드(H35.0)가 고혈압성이 아닌 망막병증도 함께 사용되므로 단순 진단코드로만 판단하지 않고 고혈압성 여부에 따라 최종 판단합니다. (예. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 판단시 H35.02 해당하는 경우에는 보장)

4. 해당 진단코드(H59.8)가 미만성 총판성 각막염이 아닌 질병도 함께 사용되므로 단순 진단코드로만 판단하지 않고 미만성 총판성 각막염 여부에 따라 최종 판단합니다. (예. 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 판단시 H16.80 해당하는 경우에는 보장)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표17〉 다빈치로봇 암수술 분류표

약관에 규정하는 다빈치로봇 암수술은 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음의 분류번호에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류 항 목	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

〈별표18〉 골절(치아파절제외) 분류표

- ① 약관에 규정하는 '골절'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 '골절' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
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 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '골절' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 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.
- ③ 대상상병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표19〉 골절 분류표

- ① 약관에 규정하는 '골절'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 '골절' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
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
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '골절' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 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.
- ③ 대상상병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표20〉 화상 분류표

- ① 약관에 규정하는 '화상'으로 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 '화상' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 '화상' 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 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.
- ③ 대상상병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표21〉 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

- ① 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.
- ② 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- ③ 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	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밍 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밍) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조밍)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 디쎬바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 디쎬바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로쎬타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로쎬타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎬바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎬바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎬바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎬원정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎬원정150밀리그램(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)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로티프정400밀리그램(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) 류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염) 유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염) 이매티퀼정400밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밋시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밋시트레이트) 닌라로캡슐3밀리그램(익사조밋시트레이트) 닌라로캡슐4밀리그램(익사조밋시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙 염산염일수화물 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	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염) 슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드) 매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙) 카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스 타트락트산염 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)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
41	브리가티닙 brigatinib	알론브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알론브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알론브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맵 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맵)
45	트라스투주맵엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맵엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
46	트라스투주맵 trastuzumab	삼페넛주150밀리그램(트라스투주맵) 허셉틴주150밀리그램(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합) 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맵) 허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맵) 허쥬마주150mg(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합) 허쥬마주440mg(트라스투주맵)(단클론항체, 유전자재조합)
47	올라라투맵 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맵, 유전자재조합)
48	오비누투주맵 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맵, 유전자재조합)
49	엘로투주맵 elotuzumab	앰플리시티주300밀리그램(엘로투주맵, 유전자재조합) 앰플리시티주400밀리그램(엘로투주맵, 유전자재조합)
50	실톡시맵 siltuximab	실반트주100밀리그램(실톡시맵, 유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실톡시맵, 유전자재조합)
51	세톡시맵 cetuximab	얼비투스주5mg/mL(세톡시맵)
52	블리나투모맵 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맵, 유전자재조합)
53	브렌톡시맵베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맵베도틴)
54	베바시주맵 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맵)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
55	리툽시맙 rituximab	맵테라주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합) 맵테라피하주사(리툽시맙)(유전자재조합) 트룩시마주(리툽시맙)(단클론항체, 유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙, 유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙, 유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 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)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
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)

- 주) 1. '표적항암제' 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 위 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 '표적항암제' 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

〈별표22〉 가사도우미지원 프로그램 세부내용

프로그램 내용	지원횟수
주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스(4시간 기본제공 기준) ※ 상기 청소관련 서비스외 다른 가사관련 도움 서비스를 이용하거나, 기본제공 시간을 초과하여 이용하는 경우 추가요금이 발생할 수 있으며, 제휴업체에서 정한 추가요금을 제휴업체에 별도로 지불하여야 함.	100회

주) 가사도우미지원프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.

〈별표23〉 1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	코드	종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

구분	수술 및 시술명	코드	종류
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술 (외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
뇌종양 절제술	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상 관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상 관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7

구분	수술 및 시술명	코드	종류
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절제술 및 척추강내 약물 주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술 (종양수술 포함)	96. 안구 수술(종양수술 포함)	C030	2

구분	수술 및 시술명	코드	종류
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	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	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1

구분	수술 및 시술명	코드	종류
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
눈물길 수술	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외 수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한 쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양 쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포 함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7

구분	수술 및 시술명	코드	종류
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	197. 자동체내제세동기 교정술	F012	5

구분	수술 및 시술명	코드	종류
심장판막 수술	198. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
	201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미 동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동 반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4

구분	수술 및 시술명	코드	종류
급성심근경색증 의 경피적 관상동맥 수술	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성심근경색증 이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포 함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포 함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미 포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미 포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경 부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4

구분	수술 및 시술명	코드	종류
체내 심박조율기 설치술(급성심근 경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술 (수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경향문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수 술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5

구분	수술 및 시술명	코드	종류
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	288. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	291. 장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	292. 장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	294. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G201	1
	295. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장 절제 동반)	G202	1
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경 우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경 우)	G214	3

구분	수술 및 시술명	코드	종류
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	316. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	317. 주요 치루 수술	G291	1
	318. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장 질루 수술	G311	1
	321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3

구분	수술 및 시술명	코드	종류
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	330. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술	G531	1
	332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동 반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5

구분	수술 및 시술명	코드	종류
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동 반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
담낭절제술	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작 술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작 술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3

구분	수술 및 시술명	코드	종류
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척추내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절제술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2

구분	수술 및 시술명	코드	종류
골수염 및 농양수술	415. 골수염 및 농양 수술 (골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	430. 기타 슬관절 수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	433. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	434. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	437. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1

구분	수술 및 시술명	코드	종류
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3

구분	수술 및 시술명	코드	종류
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
뇌하수체 수술	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	499. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타 갑상선 수술	K080	1
기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	505. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	506. 복막투석 도관 삽입술	L010	2

구분	수술 및 시술명	코드	종류
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	507. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	508. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	509. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	510. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	511. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	512. 전립선 신생물 수술	L026	4
	513. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수술	514. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	515. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	516. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	517. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	518. 요관 수술	L040	2
방광 수술	519. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	520. 경피적 방광 수술	L052	2
	521. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	522. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	523. 주요 요도 수술	L071	1
	524. 요도경하 요도 수술	L072	1
	525. 기타 요도 수술	L073	1
	526. 복잡 요실금 수술	L074	1
	527. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	528. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	529. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	530. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	531. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	532. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	533. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	534. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	535. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	536. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	537. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	538. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	539. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	540. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	541. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	542. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	543. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1

구분	수술 및 시술명	코드	종류
방광요도경 시술	544. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	545. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	546. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	547. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	548. 주요 전립선 적출술	M021	4
	549. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	550. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	551. 복잡 음경 수술	M041	1
	552. 단순 음경 수술	M042	1
	553. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	554. 포경 수술	M050	1
요도 수술	555. 주요 요도 수술	M061	1
	556. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	557. 복잡 음낭 수술	M071	1
	558. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	559. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	560. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	561. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	562. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	563. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	564. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	565. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	566. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	567. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술 (악성종양의 경우)	568. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	569. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	570. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	571. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술 (악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	573. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2

구분	수술 및 시술명	코드	종류
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	574. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	575. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술 (악성종양 제외)	576. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	577. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술 (악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	579. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	580. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	N071	6
	581. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	N081	1
	583. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	584. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	585. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	586. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	587. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	588. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	589. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	590. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	591. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	592. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	593. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	594. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만 (단태아)	595. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	596. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	597. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만 (다태아)	598. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	599. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	600. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1

구분	수술 및 시술명	코드	종류
자궁외 임신 주요 수술	601. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	602. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	605. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애 (수술시행)	606. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	607. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	608. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	609. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	610. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병 (주요 수술 시행)	611. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	612. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	613. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골 격계 주요 수술	614. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수 술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4

구분	수술 및 시술명	코드	종류
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	617. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	618. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	620. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	622. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	623. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	624. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	625. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	626. 기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상 (피부 이식 동반)	627. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상 (피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	628. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술 및 시술 코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

- ① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

【 예시 】

「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

- ② 아래 표에 기재된 「ADRG」

ADRG	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술

ADRG	수술 및 시술명
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)
H530	진단적 역행성담체관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침습인생검
K091	복강경을 이용한 비만대사수술
K092	개복에 의한 비만대사수술
K500	갑상선 질환의 침습인생검
L113	선천성 요로 질환 수술

ADRG	수술 및 시술명
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉쇄술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

- ③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【 예시 】

거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 「수술 및 시술 코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술 및 시술 코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술 및 시술 코드 및 ADRG를 결정합니다.

〈별표24〉 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환) 분류표

- ① 약관에 규정하는 '2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)'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 '2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)' 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
심장질환	1. 급성 류마티스열	I00~I02
	2. 만성 류마티스심장질환	I05~I09
	3. 허혈심장질환	I20~I25
	4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	5. 기타 형태의 심장병	I30~I52
	└(수막알균성 심장병)	└(A39.5)
	└(칸디다심내막염(I39.8*))	└(B37.6)
뇌혈관질환	6. 뇌혈관질환	I60~I69

- 주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표25〉 1~5종 수술분류표Ⅱ

I. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방 의 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)	1
근골(筋骨) 의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내 고정물 제거 술은 제외 함][치(齒)· 치은·치근 (齒根) ·치조골(齒 槽骨)의 처 치, 임플란 트Implant) 등 치과 처 치 및 수술 에 수반하는 것은 제외 함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術)[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계·흉 부(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

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

구분	수술명	수술종류
호흡기계·흉부(胸部)의 수술	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
	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, 국한	2

구분	수술명	수술종류
소화기계의 수술	성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	
	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
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신 중 절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술[개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	49. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
내분비기계의 수술	53. 질탈(膺脫)근본수술	1
	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	56. 부신(副腎) 절제수술	4
	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

구분	수술명	수술종류
시각기의 수술 [약물주입 술은 제외]	70. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺 器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술[고막 패치술은 제외]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술[검사, 처치, 약물 주입요법은 포함하지 않 음]	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [체외 충격파치료술(E.S.W.T)은 제외]	1
	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식 기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

- 주) 1. 상기 1~85호의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86호를 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~85호)의 수술로 적용합니다.
2. 상기 3호의 수술 중 남성의 '여성형 유방증' 진단으로 시행한 '유방절제술(Mastectomy)-피하절제 [남성의 여성형 유방절제 포함](Subcutaneous)' 수술의 경우 4호를 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술	3

- 주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
 2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
 3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 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

(1~5종 수술분류표Ⅱ 사용 지침)

- '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <1~5종 수술분류표Ⅱ>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]]을 말합니다.
- '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유

할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표Ⅱ> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <1~5종 수술분류표Ⅱ>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - ① <1~5종 수술분류표Ⅱ> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표Ⅱ> 상의 동일부위 수술로 봅니다.
 - ② 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표Ⅱ> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86호(악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술' 2호)를 우선 적용합니다.
6. '악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - ① 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) BLOCK(신경의 차단)
 - ④ 미용 성형상의 수술
 - ⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
 - ⑥ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑦ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

〈별표26〉 카티(CAR-T)보장대상 악성 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 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.

분 류 항 목	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종	C83.3
2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C91.0

【유의사항】

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

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

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 카티(CAR-T)보장대상암 해당여부는 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 특별약관 제2조(보험금 지급 관련 세부사항) 제4항에 따라 '안전성과 유효성 인정범위'가 변경되는 경우, 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위'에 따라 카티(CAR-T)보장대상암을 변경하여 적용합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표27〉 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명

- ① 아래 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 6월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 카티(CAR-T)치료제 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- ② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<http://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.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	김리아주(티사젠렉류셀)

〈별표28〉 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 '중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

분 류 항 목	특정기호
〈별표28-1〉 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 〈별표28-2〉 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
〈별표28-1〉 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, 〈별표28-2〉 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
〈별표28-1〉 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, 〈별표28-2〉 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

- 주) 1. NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.
2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

〈별표28-1〉 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에 규정하는 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
10. 후천성 동정맥루	I77.0
11. 뇌전혈관의 동정맥기형	Q28.0
12. 뇌전혈관의 기타기형	Q28.1
13. 대뇌혈관의 동정맥기형	Q28.2
14. 대뇌혈관의 기타기형	Q28.3
15. 두개내손상	S06

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈별표28-2〉 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에 규정하는 '본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 수술'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 혈종제거를위한개두술 - 경막하혹은경막외	S4621
2. 혈종제거를위한개두술 - 뇌실질내	S4622
3. 뇌동맥류수술-단순[경부 Clipping]	S4641
4. 뇌동맥류수술-복잡[경부 Clipping]	S4642
5. 뇌동정맥기형적출술-뇌실질내[단순]	S4653
6. 뇌동정맥기형적출술-뇌실질내[복잡]	S4654
7. 뇌동정맥기형적출술-뇌경막[단순]	S4655
8. 뇌동정맥기형적출술-뇌경막[복잡]	S4656
9. 뇌동정맥기형적출술-해면성혈관기형[단순]	S4657
10. 뇌동정맥기형적출술-해면성혈관기형[복잡]	S4658
11. 두개강내 혈관문합술-직접법	S4661
12. 두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS, EMAS 등]	S4662
13. 단락술 또는 측로조성술-삽입술-경막하 또는 지주막하와 타부위간	S4711
14. 단락술 또는 측로조성술-삽입술-뇌실과 타부위간	S4712
15. 단락술 또는 측로조성술-삽입술-척수내낭종 또는 척수공동과 타부위간	S4713
16. 단락술 또는 측로조성술-교환술	S4714
17. 단락술 또는 측로조성술-제거술	S4715
18. 뇌엽절제술[반구절제포함]	S4780
19. 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와	S4801
20. 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와	S4802
21. 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-후두개와	S4803
22. 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거	S4756
23. 경피적 풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
24. 경피적 풍선혈관성형술-경동맥	M6594
25. 경피적 풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
26. 경피적 뇌혈관약물성형술	M6599
27. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-뇌혈관	M6601
28. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-경동맥[추골동맥 포함]	M6602
29. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관	M6605
30. 경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강내 혈관	M6630

분 류 항 목	수가코드
31. 경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관	M6632
32. 경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강외 경부혈관	M6635
33. 경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
34. 경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
35. 경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
36. 혈관색전술-뇌혈관[동맥류]-보조물지지	M1661
37. 혈관색전술-뇌혈관[동맥류]-기타의 경우	M1662
38. 혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-보조물지지	M1663
39. 혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-뇌경막동정맥루-동맥경유	M1664
40. 혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-뇌경막동정맥루-정맥경유	M1665
41. 혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-내경동맥해면동루	M1666
42. 혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-두경부	M1667
43. 혈관색전술-기타혈관	M6644
44. 천두술(낭종, 혈종, 농양의 제거 및 배액)-경막하 혹은 경막외	N0322
45. 천두술(낭종, 혈종, 농양의 제거 및 배액)-뇌실질내	N0323
46. 천두술-기타의 것[도관, reservoir, ICPmonitor삽입등]	N0324
47. 개두술 또는 두개절제술(두개감압술)	N0333
48. 혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-경동맥(내막박리술 포함)[단순]	O0226
49. 혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-경동맥(내막박리술 포함)[복잡]	O0227
50. 혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)및 팻취 이용하여 봉합-경동맥(내막박리술 포함)	O2066
51. 경동맥결찰술	S4670
52. 뇌내시경수술-기타[혈종, 농양 배액 등]	S4744
53. 뇌 정위적 방사선수술(감마나이프)	HD113
54. 뇌 정위적 방사선수술(사이버나이프)	HD114
55. 뇌 정위적 방사선수술(선형가속기)	HD115

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈별표29〉 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 '중증질환자 심장질환 산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

분 류 항 목	특정기호
〈별표29-1〉 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병'에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 〈별표29-2〉 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술'에 해당하는 수술 또는 〈별표29-3〉 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분'에 해당하는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 단, 〈별표29-1〉 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병'에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 〈별표29-2〉 '본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술'에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

〈별표29-1〉 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에 규정하는 '본인일부부담금 산정특례 심장질환'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 심장의 양성 신생물	D15.1
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스성 승모판질환	I05
4. 류마티스성 대동맥판질환	I06
5. 류마티스성 삼첨판질환	I07
6. 다발판막질환	I08
7. 기타 류마티스심장질환	I09
8. 협심증	I20
9. 급성심근경색증	I21
10. 후속 심근경색증	I22
11. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
12. 기타 급성 허혈심장질환	I24
13. 만성 허혈심장병	I25
14. 폐색전증	I26
15. 폐혈관의 기타 질환	I28
16. 급성 심장막염	I30
17. 심장막의 기타 질환	I31
18. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
19. 급성 및 아급성 심내막염	I33
20. 비류마티스성 승모판장애	I34
21. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
22. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
23. 폐동맥판장애	I37
24. 상세불명 판막의 심내막염	I38
25. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
26. 급성 심근염	I40
27. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
28. 심근병증	I42
29. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
30. 방실차단 및 좌각차단	I44
31. 기타 전도장애	I45
32. 심장정지	I46

분 류 항 목	분류번호
33. 발작성 빈맥	I47
34. 심방세동 및 조동	I48
35. 기타 심장부정맥	I49
36. 심부전	I50
37. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
38. 대동맥의 죽상경화증	I70.0
39. 대동맥동맥류 및 박리	I71
40. 달리 분류된 질환에서의 대동맥류	I79.0*
41. 달리 분류된 질환에서의 대동맥염	I79.1*
42. 대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4
43. 심장 방실 및 연결의 선천기형	Q20
44. 심장중격의 선천기형	Q21
45. 폐동맥판 및 삼첨판의 선천기형	Q22
46. 대동맥판 및 승모판의 선천기형	Q23
47. 심장의 기타 선천기형	Q24
48. 대동맥혈관의 선천기형	Q25
49. 대정맥의 선천성 협착	Q26.0
50. 좌상대정맥존속	Q26.1
51. 전폐정맥결합이상	Q26.2
52. 부분폐정맥결합이상	Q26.3
53. 상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4
54. 대정맥혈관의 기타 선천기형	Q26.8
55. 대정맥혈관의 상세불명의 선천기형	Q26.9
56. 흉부 혈관의 손상	S25
57. 심장의 손상	S26

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈별표29-2〉 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에 규정하는 '본인일부부담금 산정특례 심장질환 수술'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-2개소]	OA640
2. 무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-1개소]	OA641
3. 무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[복잡] (관상동맥우회로술의 기왕력이 있는 경우)	OA647
4. 무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-3개소]	OA648
5. 무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-4개소이상]	OA649
6. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료포함) -대동맥-관동맥간[단순-2개소]	O1640
7. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료포함) -대동맥-관동맥간[단순-1개소]	O1641
8. 자가혈관이용(채취료포함)동맥간우회로조성술 (대동맥-신동맥, 흉대 또는 복대동맥-대퇴동맥, 대동맥-내장동맥)	O1643
9. 인조혈관이용동맥간우회로조성술(대동맥-신동맥간, 흉대동맥 또는 대동맥-대퇴동맥간, 대동맥-내장동맥간)	O1644
10. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-기타의 것-자가혈관 이용	O1645
11. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-기타의 것-인조혈관 이용	O1646
12. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함) -대동맥-관동맥간-복잡 (관상동맥우회로술의 기왕력이 있는 경우)	O1647
13. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함) -대동맥-관동맥간[단순-3개소]	O1648
14. 동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함) -대동맥-관동맥간[단순-4개소이상]	O1649
15. 심장 창상 봉합술	O1660
16. 동맥관개존폐쇄술(결찰법)	O1671
17. 동맥관개존폐쇄술(분리봉합법)	O1672
18. 대동맥축착증 수술	O1680
19. 폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
20. 심혈관 단락술(체폐동맥 단락술)	O1701
21. 심혈관 단락 폐쇄술	O1702

분 류 항 목	수가코드
22. 폐동맥 결찰술(교약술)	O1703
23. 폐동맥 결찰술(교약술)해제	O1704
24. 심방중격결손조성술	O1705
25. 심방중격결손증수술	O1710
26. 심실중격결손증수술-최소침습적 방법에 의한 경우	O1711
27. 심실중격결손증수술(선천성)	O1721
28. 심실중격결손증수술(심근경색후에 생긴 경우)	O1722
29. 심실중격결손증수술(선천성)-최소침습적 방법에 의한 경우	O1723
30. 승모판협착증 수술	O1730
31. 대동맥판협착증 수술	O1740
32. 폐동맥판 협착증 수술	O1750
33. 삼첨판 협착증 수술	O1760
34. 심방중격결손증겸 폐동맥판협착증 수술	O1770
35. 판막성형술(삼첨판)	O1781
36. 판막성형술(승모판)	O1782
37. 판막성형술(대동맥판)	O1783
38. 판막성형술(삼첨판) - 엡스타인 이상(Ebstein's anomaly) 교정을 위해 시행한 경우[심방중격결손 폐쇄술 포함]	O1784
39. 인공판막치환술(삼첨판)	O1791
40. 인공판막치환술(승모판)	O1792
41. 인공판막치환술(대동맥판)	O1793
42. 인공판막치환술(폐동맥판)	O1797
43. 인공판막재치환술(삼첨판)	O1794
44. 인공판막재치환술(승모판)	O1795
45. 인공판막재치환술(대동맥판)	O1796
46. 인공판막재치환술(폐동맥판)	O1798
47. 비봉합 대동맥판막치환술	O1799
48. 활로씨 4증후군 근본 수술	O1800
49. 심실중격결손증겸 폐동맥판협착증 수술	O1810
50. 심내막상결손증수술(부분형)	O1821
51. 심내막상결손증수술(완전형)	O1822
52. 좌심실류절제술	O1823
53. 좌심실용적축소성형술	O1824
54. 좌심실 유출로 성형술	O1825
55. 우심실 유출로 성형술(폐동맥판 성형술 포함)	O1826
56. 관상동맥 내막절제술(팻취사용 포함)	O1830
57. 발살바동 동맥류파열수술	O1840

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독
립
특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

분 류 항 목	수가코드
58. 동정맥 기형 교정술(개흉에 의한 것)	O1841
59. 기타복잡기형에 대한 심장수술-고도 복잡기형 [노우드씨수술, 대동맥전위술(니카이도씨수술), 디케이에스수술, 주대동맥폐동맥부행혈로연결술, 총동맥간교정술, 이중전환술]	O1851
60. 기타복잡기형에 대한 심장수술-기타	O1852
61. 좌·우폐동맥 성형술	O1861
62. 기능적 단심실증 교정술, 글렌수술(대정맥폐동맥단락술)	O1873
63. 기능적 단심실증 교정술, 폰탄 수술	O1874
64. 라스텔리씨 수술	O1875
65. 총 폐정맥 환류이상증수술	O1878
66. 대혈관전위증 수술	O1879
67. 심실 보조장치 치료술-이식형-삽입술	O0881
68. 심실 보조장치 치료술-이식형-교환술	O0882
69. 심실 보조장치 치료술-이식형-제거술	O0883
70. 심실 보조장치 치료술-체외형-삽입술	O0886
71. 심실 보조장치 치료술-체외형-교환술[개흉에 의한 것]	O0887
72. 심실 보조장치 치료술-체외형-교환술[체외 펌프교환]	O0888
73. 심실 보조장치 치료술-체외형-제거술	O0889
74. 인공심폐순환 [1회당]	O1890
75. 개흉심장 마사지	O1895
76. 부분체외순환	O1901
77. 부분체외순환(10시간을 초과하여 계속 사용시)	O1902
78. 체외순환막형산화요법 - 시술당일	O1903
79. 체외순환막형산화요법 - 익일 이후 [1일당]	O1904
80. 체외순환막형산화요법 - Central ECMO 삽입 또는 제거를 위해 개흉을 실시한 경우	O1907
81. 국소관류[1회당]	O1910
82. 대동맥내풍선펌프	O1921
83. 대동맥내풍선펌프-10시간초과익일부터[1일당]	O1922
84. 심낭루조성술	O1931
85. 심낭창형성술(개흉적)	O1932
86. 심낭창형성술(내시경하)	O1935
87. 심막절제술	O1940
88. 폐동맥혈전제거술	O1950
89. 대동맥-폐동맥창폐쇄술(체외순환하)	O1960
90. 심내이물제거술(개심술에 의한 것)	O1970
91. 심장종양제거술(심방점액종제거술)	O1981

분 류 항 목	수가코드
92. 심장종양제거술(기타의것)	O1982
93. 체외용 심박기 장치술[심박기사용료포함]	O2001
94. 개흉적 체내용 심박기 거치술	O2004
95. 경피적 인공심박동술[심박기사용료포함]	O2005
96. 경정맥 체내용 심박기 거치술-전극재배치	O2009
97. 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기거치술(심방 또는 심실 전극을 삽입하는 경우)	O0203
98. 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우)	O0204
99. 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기교환술(심방 또는 심실 전극이 삽입된 경우)	O0205
100. 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기교환술(심방 및 심실 전극이 삽입된 경우)	O0206
101. 경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입된 심박기 기능 향상	O0207
102. 경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심박기)	O0208
103. 경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심방 또는 심실 전극)	O0209
104. 경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심방 및 심실전극)	O0210
105. 개흉적 체내용심박기거치술-심박기 교환술	O0241
106. 개흉적 체내용심박기거치술-심박기 제거술	O0242
107. 개흉적 체내용심박기거치술-심박기 제거술-Generator만 제거시	O0243
108. 부정맥수술-상심실성 부정맥	O2006
109. 부정맥수술-심실성 부정맥	O2007
110. 심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-삽입술	O0211
111. 심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-교환술	O0212
112. 심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-삽입술	O2211
113. 심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-교환술	O2212
114. 동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥과 궁부대동맥 동시 (궁부대동맥의 분지혈관들을 문합하지 않은 경우)	O2021
115. 동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥과 궁부대동맥 동시 (궁부대동맥의 분지혈관들을 문합하는 경우)	O2022
116. 동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥	O2031
117. 동맥류절제술[혈관이식술포함]-궁부대동맥	O2032
118. 동맥류절제술[혈관이식술포함]-하행흉부대동맥	O2033
119. 혈전제거술-심장	O0260
120. 경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
121. 경피적 심방중격결손 폐쇄술	OZ751
122. 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

분 류 항 목	수가코드
123. 경피적 심방중격절개술-풍선심방중격절개술	M6521
124. 경피적 심방중격절개술-칼날심방중격절개술	M6522
125. 경피적 심장판막성형술-승모판막	M6531
126. 경피적 심장판막성형술-대동맥판막	M6532
127. 경피적 심장판막성형술-폐동맥판막	M6533
128. 부정맥의 고주파절제술-상심실성 부정맥	M6541
129. 부정맥의 고주파절제술-심방세동	M6542
130. 부정맥의 고주파절제술-심실성 부정맥	M6543
131. 삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술 -상심실성 부정맥	M6546
132. 삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술 -심방세동	M6547
133. 삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술 -심실성 부정맥	M6548
134. 부정맥의 고주파절제술 - 방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
135. 부정맥의 냉각절제술-심박세동(냉각풍선절제술을 실시한 경우)	M0651
136. 부정맥의 냉각절제술-심박세동(냉각풍선절제술과 중격천자를 실시한 경우)	M0652
137. 경피적 관상동맥확장술-단일혈관	M6551
138. 경피적 관상동맥확장술-추가혈관	M6552
139. 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 [일차적중재술 등]	M6553
140. 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554
141. 경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
142. 경피적 관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
143. 경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)-단일혈관	M6563
144. 경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)-추가혈관	M6564
145. 급성심근경색증의원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
146. 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
147. 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 (경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)	M6567
148. 경피적 관상동맥죽상반절제술-단일혈관	M6571
149. 경피적 관상동맥죽상반절제술-추가혈관	M6572

분 류 항 목	수가코드
150. 경피적 대동맥판 삽입술-심첨하부 접근	M6580
151. 경피적 대동맥판 삽입술-상행대동맥 접근	M6581
152. 경피적 대동맥판 삽입술-대퇴동맥, 쇄골하동맥 접근	M6582
153. 경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
154. 경피적 풍선혈관성형술-대동맥	M6595
155. 경피적 풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
156. 경피적 풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
157. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-대동맥	M6603
158. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-폐동맥	M6604
159. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관	M6605
160. 경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-대동맥	M6611
161. 경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-대동맥 및 장골동맥	M6612
162. 경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-기타 혈관	M6613
163. 경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
164. 경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관	M6632
165. 경피적 혈전제거술-혈전용해술-관상동맥	M6634
166. 경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
167. 경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
168. 혈관색전술-기타혈관	M6644
169. 심장이식술	Q8080
170. 폐이식술-심장 및 폐	Q8103

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈별표29-3〉 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에 규정하는 '본인일부부담금 산정특례 심장질환 약제성분'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022.5.31. 시행)' 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.

〈별표30〉 중증난치질환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 중증난치질환 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)」 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분 1~5에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료, 해당 시술 관련 입원진료 또는 인공신장투석을 위한 혈관 시술·수술 관련 진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료		
	또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
3	장기이식 환자의 경우		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파과형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렙시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161
	조현병후유증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
4	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부폐 델리랑프	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부폐 델리랑프	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
4	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103

구분	상병명	상병코드	특정기호
5	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
	림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	약물유발 호중구감소	D70	V285
	과당대사장애	E74.1	V286
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286

구분	상병명	상병코드	특정기호
5	신생물발암 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물발암 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계를 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82+)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8+)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-+)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.-+)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2+)	G63.0	V170
	볼거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8+)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2+)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1+)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4+)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.28	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 아토피성 피부염	L20.85	V308

구분	상병명	상병코드	특정기호
5	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스페질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5†)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5†)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중
증난치질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례
에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

〈별표31〉 희귀질환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 희귀질환 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023. 1. 1시행)」제5조 별표4(희귀질환자 산정특례 대상)에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	혈우병 환자가 항응고인자•동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결함을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결함을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노겐혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라워]의 결핍	D68.2	V009
	제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009
	제13인자[피브린안정화]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노겐혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펔트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	가족성선종성폴립증	D12.6 (M8220 /0)	V281

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II 형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠올리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수항폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정성적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.3	V188
	선천성 무과립구증	D70	V108
	선천성 호중구감소	D70	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70	V108
	무과립구증	D70	V108

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	무과립구성 안지나	D70	V108
	호중구감소 NOS	D70	V108
	주기성 호중구감소	D70	V108
	코스트만병	D70	V108
	순환성 호중구감소	D70	V108
	호중구감소성 비장비대	D70	V108
	베르너-슐츠병	D70	V108
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
	세망조직구증(거대세포)	D76.3	V110
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루튼](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상인 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111
	디조지증후군	D82.1	V111
	홍선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 홍선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스터레이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111
	포도막귀밑샘염	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	쉬한증후군	E23.0	V165
	콜만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
	바터증후군	E26.8	V254

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신피	E27.1	V116
	가족성 부신피코티코이드결핍	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신피발증	E27.2	V116
	부신피출혈	E27.4	V116
	부신피경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	송과선 기능이상	E34.8	V166
	조로증	E34.8	V166
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알카톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르텐브르그 증후군(백색증을동반한)	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽뇨병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신피질디스트로피[애디슨-שלד]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트랜스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	하르트넵병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타타이오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스테인혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(I, II 형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(I, II 형)	E72.5	V117
	감마글루타밀회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젓당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117
	글리코젠축적병	E74.0	V117
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
	피루브산염대사 및 포도당신합성 장애	E74.4	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 IV	E75.1	V117
	GM ₁ -강글리오시드증	E75.1	V117
	GM ₃ -강글리오시드증	E75.1	V117
	파브리(-앤더슨)병	E75.2	V117
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117
	스필라이어-보그트병	E75.4	V117
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	얀스키-빌쇼스키병	E75.4	V117
	월만병	E75.5	V117
	대뇌건의 콜레스테롤증[벤보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	I 형 점액다당류증	E76.0	V117
	헐러증후군	E76.0	V117
	헐러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	II 형 점액다당류증	E76.1	V117
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	III, IV, VI, VII형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필리포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	뮤코지질증 III[거짓헐러다발디스트로피]	E77.0	V117
	뮤코지질증 II[I-세포병]	E77.0	V117
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[뮤코지질증 I]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
	마노스축적증	E77.1	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118
	급성 간헐성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(꼬인모발)(강모)병	E83.0	V119
	월슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.1	V120
	낭성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
	비신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	카다실	F01.1	V122
	레트증후군	F84.2	V122
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프네]	F80.3	V256
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 힘줄반사율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론테]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아형, II형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, III형[쿠젤베르그-벨란더] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병 (단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병 (G12.28)은 제외)	G12.2	V123
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190
	아급성 괴사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276
	레녹스-가스토증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126
	다초점 운동신경병증	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤썬 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤썬] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[툼슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012
	다발심 병	G71.2	V012
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
	근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*	V259
	복합부위통증증후군 I형	G90.5	V177
	복합부위통증증후군 II형	G90.6	V168
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	원추각막	H18.6	V307
	맥락막결손	H31.2	V295
	코츠망막병증	H35.0	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘저복합	I27.8	V226
	아이젠멘저증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥판하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.20	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	뢰플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127
	긴QT증후군	I49.82	V296
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0	V297
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.1	V236
	불완전상아질형성	K00.51	V310
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
	원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	흉터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	중증 화농성 한선염	L73.22	V309
	성인발병 스틸병	M06.1	V298
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스처증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
	대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	심내막염 동반 전신홍반루푸스(I39.8*)	M32.1	V136
	리브만 - 삭스병(I39.0*)	M32.1	V136
	루푸스 심장낭염(I32.8*)	M32.1	V136
	폐침범 동반 전신홍반루푸스(J99.1+)	M32.1	V136
	사구체질환 동반 전신홍반루푸스(N08.5*)	M32.1	V136
	세뇨관 - 간질신장병증 동반 전신홍반루푸스(N16.4*)	M32.1	V136
	신장침범 동반 전신홍반루푸스(N08.5*, N16.4*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 뇌염(G05.8*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 근병증(G73.7*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 대뇌동맥염(I68.2*)	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
	근병증을(를) 동반한 췌그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범을(를) 동반한 췌그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[췌그렌]	M35.0	V139
	각막결막염을(를) 동반한 췌그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애을(를) 동반한 췌그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	두개골의 파궤병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파궤병	M88.8	V213
	상세불명의 뼈의 파궤병	M88.9	V213
	수근반달뼈의 골연골증(연소성) [킨빅]	M92.2	V299
	성인의 킨빅병	M93.1	V299
	재발성 다발연골염	M94.1	V178
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	댄디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	(외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착	Q16.1	V291
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실판	Q21.2	V269
	심내막용기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(I 형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멘거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판기능부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판기능부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
	선천성 대동맥판협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 보통염색체우성	Q61.2	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스웨티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골 형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	엘브라이트(-맥쿤)(-스텐버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-쇤베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-앵겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	X-연관비늘증	Q80.1	V300
	X-연관비늘증; 스테로이드설파타제결핍	Q80.1	V300
	할리퀸테아	Q80.4	V300
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204
	에펠로이아	Q85.1	V204
	부르느뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이즈-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알코올증후군	Q86.0	V157
	고린-샤우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	뫼비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이버 증후군	Q87.2	V243

구분	상병명	상병코드	특정기호
2	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267
	착지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160
	13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스-마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
4	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체 이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
5	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중
증희귀질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례
에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

〈별표32〉 남성생식기암 분류표

- ① 약관에 규정하는 남성생식기암으로 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 남성생식기암 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 음경의 악성 신생물	C60
2. 전립선의 악성 신생물	C61
3. 고환의 악성 신생물	C62
4. 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

【유의사항】

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

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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 남성생식기암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표33〉 여성생식기암 분류표

- ① 약관에 규정하는 여성생식기암으로 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 여성생식기암 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 외음의 악성 신생물	C51
2. 질의 악성 신생물	C52
3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
5. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
6. 난소의 악성 신생물	C56
7. 기타 및 상세불명여이 여성생식기관의 악성 신생물	C57
8. 태반의 악성 신생물	C58

【유의사항】

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

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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표34〉 비뇨기관암 분류표

- ① 약관에 규정하는 비뇨기관암으로 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 비뇨기관암 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	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

【유의사항】

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

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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 비뇨기관암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표35〉 중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 '중증외상환자 산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

분 류 항 목	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 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

〈별표36〉 중증화상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 '중증화상환자 산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 〈별표29-1〉 '본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명'의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	
〈별표29-1〉 '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 진료를 받는 경우	V247
〈별표29-1〉 '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
〈별표29-1〉 '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
〈별표29-1〉 '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 〈별표29-1〉 '본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명'의 수술을 받는 경우	V306
〈별표29-1〉 '본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명'의 상병 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상환자 산정특례대상 해당 여부는 당시 시행되고 있는 '본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 판단합니다.

〈별표36-1〉 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명

약관에 규정하는 본인부담금 산정특례 중증화상은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병명 및 수술명을 말합니다.

〈중증도 기준〉

구분	상병명	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 중 안면부에 수상한 경우	T20.3
	몸통의 3도 화상 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

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈체표면적 기준〉

구분	상병명	상병코드
1	신체표면적의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면적의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면적의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면적의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면적의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면적의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면적의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면적의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
2	신체표면적의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
	신체표면적의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면적의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면적의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면적의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면적의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면적의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면적의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면적의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈수술명 및 수술코드〉

구분	수술명	수술코드
1	반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242
		N0243
		N0244
		N0245
		N0246
		N0247
		NA241
		NA242
		NA243
3	반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

〈별표37〉 통합형일반암 분류표

- ① 약관에 규정하는 통합형일반암으로 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 암 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	분 류 항 목	분류번호
특정소액암	1. 유방의 악성 신생물 2. 자궁경부의 악성 신생물 3. 자궁체부의 악성 신생물 4. 전립선의 악성 신생물 5. 방광의 악성 신생물	C50 C53 C54 C61 C67
특정소화기계 암Ⅱ	1. 식도의 악성 신생물 2. 위의 악성 신생물 3. 소장·결장의 악성 신생물 4. 결장의 악성 신생물 5. 직장·구불결장접합부의 악성 신생물 6. 직장의 악성 신생물 7. 항문, 항문관의 악성 신생물 8. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C15 C16 C17 C18 C19 C20 C21 C26
4대특정암	1. 간 및 간내 담관의 악성 신생물 2. 담낭의 악성 신생물 3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 4. 췌장의 악성 신생물	C22 C23 C24 C25

세부보장	분 류 항 목	분류번호
림프종및백혈 병 관련암Ⅱ	1. 호지킨림프종	C81
	2. 소포성 림프종	C82
	3. 비소포성 림프종	C83
	4. 성숙T/NK - 세포림프종	C84
	5. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	6. T/NK - 세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	7. 악성 면역증식성 질환	C88
	8. 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	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 악성 신생물	C96
	15. 진성 적혈구증가증	D45
	16. 골수형성이상증후군	D46
	17. 만성 골수증식질환	D47.1
	18. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	19. 골수섬유증	D47.4
	20. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
심장암및뇌암	1. 흉선의 악성 신생물	C37
	2. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	3. 수막의 악성 신생물	C70
	4. 뇌의 악성 신생물	C71
	5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
폐암Ⅱ	1. 기관의 악성 신생물	C33
	2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39

세부보장	분 류 항 목	분류번호
4대특정암Ⅱ	1. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
	- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	2. 중피종	C45
	3. 카포시육종	C46
	4. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
12대특정암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
	2. 비강, 중이, 부비동 및 후두의 악성 신생물	
	- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	- 부비동의 악성 신생물	C31
	- 후두의 악성 신생물	C32
	3. 피부의 악성 흑색종	C43
	4. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	5. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	6. 여성생식기관의 악성 신생물	
	- 외음의 악성 신생물	C51
	- 질의 악성 신생물	C52
	- 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	- 난소의 악성 신생물	C56
	- 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	- 태반의 악성 신생물	C58
	7. 남성생식기관의 악성 신생물	
	- 음경의 악성 신생물	C60
	- 고환의 악성 신생물	C62
	- 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	8. 요로의 악성 신생물	
	- 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	- 신우의 악성 신생물	C65
	- 요관의 악성 신생물	C66
	- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	9. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	10. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C74~C75
	11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
	12. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

【유의사항】

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

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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표38〉 전이암 분류표

- ① 약관에 규정하는 전이암으로 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 전이암 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표39〉 중증질환자 암 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 '중증질환자 암 산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제7조(산정특례 등록 신청 등) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 〈별표39-1〉 '중증질환자(일반암) 산정특례대상질병 분류표', 〈별표39-2〉 '중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상 질병 분류표' 및 〈별표39-3〉 '중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병 분류표'에서 정한 상병으로 진료를 받은 경우	V193

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암 산정특례대상 해당 여부는 당시 시행되고 있는 '본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 판단합니다.

〈별표39-1〉 중증질환자(일반암) 산정특례대상질병 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증질환자(일반암) 산정특례대상 질병은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인

정합니다.

〈별표39-2〉 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상질환 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상 질병은 '본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제 4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 기타 피부의 악성 신생물	C44
2. 갑상선의 악성 신생물	C73
3. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
4. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
5. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
6. 제자리흑색종	D03
7. 피부의 제자리암종	D04
8. 유방의 제자리암종	D05
9. 자궁경부의 제자리암종	D06
10. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
11. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09
12. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
13. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
14. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
15. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
16. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
17. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
18. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
19. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
20. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
21. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
22. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
23. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
24. 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.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표39-3〉 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상질병 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상 질병은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33

- 주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표40〉 창상봉합술 대상 수가코드

약관에 규정하는 '창상봉합술'로 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 항목	수가코드
창상봉합술	
가. 안면 또는 경부	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0027
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0028
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나) 근육에 달하는것	
1) 길이 1.5cm 미만	S0031
2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0032
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0037
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0038
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SA027
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	SA028
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SA029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나) 근육에 달하는것	
1) 길이 1.5cm 미만	SA031
2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	SA032
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SA037
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	SA038
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SA039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA040
나. 안면 또는 경부 이외	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 5.0cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SB029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030

대상이 되는 항목	수가코드
(나) 근육에 달하는것	
1) 길이 2.5cm 미만	SB031
2) 길이 2.5cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SB032
3) 길이 5.0cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SB039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 78.50점을 가산 하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 5.0cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SC029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 103.14점을 가산 하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC030
(나) 근육에 달하는것	
1) 길이 2.5cm 미만	SC031
2) 길이 2.5cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SC032
3) 길이 5.0cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SC039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 103.14점을 가산 하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC040

주) 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정
에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당
시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여
부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해
당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

〈별표41〉 창상봉합술(안면/경부) 대상 수가코드

약관에 규정하는 '창상봉합술(안면/경부)'로 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 항목	수가코드
창상봉합술	
가. 안면 또는 경부	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0027
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0028
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나) 근육에 달하는것	
1) 길이 1.5cm 미만	S0031
2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0032
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	S0037
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	S0038
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	S0039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SA027
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	SA028
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SA029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나) 근육에 달하는것	
1) 길이 1.5cm 미만	SA031
2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	SA032
3) 길이 3.0cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SA037
4) 길이 5.0cm 이상 ~ 7.5cm 미만	SA038
5) 길이 7.5cm 이상 ~ 10.0cm 미만	SA039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 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 해

당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

독립
특별약관

제도성
특별약관

별
표

〈별표42〉 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드

약관에 규정하는 '창상봉합술(3/5cm미만)'로 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 항목	수가코드
창상봉합술	
가. 안면 또는 경부	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
1) 길이 1.5cm 미만	S0021
2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	S0022
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
1) 길이 1.5cm 미만	SA021
2) 길이 1.5cm 이상 ~ 3.0cm 미만	SA022
나. 안면 또는 경부 이외	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
1) 길이 2.5cm 미만	SB021
2) 길이 2.5cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SB022
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
1) 길이 2.5cm 미만	SC021
2) 길이 2.5cm 이상 ~ 5.0cm 미만	SC022

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.

〈별표43〉 특정심장질환 I 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정심장질환 I 로 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 특정심장질환 I 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환 I 해당여부는 피보험자가 진단 된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표44〉 특정심장질환Ⅱ 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정심장질환Ⅱ으로 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 특정심장질환Ⅱ 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환Ⅱ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표45〉 특정심장질환Ⅲ 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정심장질환Ⅲ으로 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 특정심장질환Ⅲ 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 류마티스성 대동맥판협착	I06.0
2. 폐쇄부전이 있는 류마티스성 대동맥협착	I06.2
3. 비류마티스성 승모판장애	I34
4. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
5. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
6. 폐동맥판장애	I37
7. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
8. 심근병증	I42
9. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
10. 발작성 빈맥	I47
11. 심방세동 및 조동	I48
12. 심부전	I50

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환Ⅲ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

〈별표46〉 특정심장질환Ⅳ 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정심장질환Ⅳ로 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 특정심장질환Ⅳ 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
기타 심장부정맥	I49

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환Ⅳ 해당여부는 피보험자가 진단 된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

참 고 : 관련 법규

아래의 관련 법규가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

[개인정보 보호법]

법률 제19234호, 일부개정 2023.03.14, 시행일 2023.09.15

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.

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 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 삭제 <2023. 3. 14.>
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 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 각 호의 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 제30조

제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제 <2023. 3. 14.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제 <2023. 3. 14.>

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제22조의2(아동의 개인정보 보호)

① 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 하며, 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보로서 대통령령으로 정하는 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

③ 개인정보처리자는 만 14세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 할 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.

④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 동의 및 동의 확인 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

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 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

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.

[관공서의 공휴일에 관한 규정]

대통령령 제33448호, 일부개정 2023.05.04, 시행일 2023.05.04

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다

[국민건강보험법]

법률 제19420호, 일부개정 2023.05.19, 시행 2023.11.20

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
 1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[국민건강보험법 시행령]

대통령령 제33844호, 일부개정 2023.11.07, 시행 2023. 11. 20

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2023년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	134만원	87만원
	2구간	168만원	108만원
	3구간	227만원	162만원
	4구간	375만원	303만원
	5구간	538만원	414만원

	6구간	646만원	497만원
	7구간	1,014만원	780만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2024년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)

비고

1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.
2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위

		100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구 간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구 간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역 가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]

보건복지부령 제974호, 일부개정 2023.10.30, 시행일 2023.11.20

제9조(비급여대상)

- ① 법 제41조 제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)

- 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
라. 단순 코골음
마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
바. 검열반 등 안과질환
사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
- 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
- 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실

시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

- (1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- (2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

라. <삭제>

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. <삭제>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. <삭제>

카. <삭제>

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제

2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다. 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술
- 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
- 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. <삭제>

- 6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
- 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

- 7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
- 나. 한약첩약 및 기상한약의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

- 8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[금융소비자 보호에 관한 법률]

법률 제19532호, 일부개정 2023.07.11, 시행일 2023.10.12

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같

은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

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 금융상품판매업자들은 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 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.
- ④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 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

제46조(청약의 철회)

- ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.
 1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
 2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
 3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 “금전·재화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
- ② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
 1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면등”이라 한다)을 발송한 때
 2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
 - 가. 이미 공급받은 금전·재화등
 - 나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
 - 다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용
- ③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
 1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
 2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
 3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전

· 재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

- ④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.
- ⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
- ⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 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.

[금융소비자 보호에 관한 법률 시행령]

대통령령 제33656호, 일부개정 2023.08.01, 시행일 2023.11.02

제13조(설명의무)

- 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 ~ ⑥ (생략)
- ⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 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 제19조제3항에서 “대통령령으로 정하는 사항” 및 “대통령령으로 정하는 중요한 사항”이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다.

제38조(위법계약의 해지)

- ① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품 직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제14조(장기요양인정 신청의 조사)

- ① 공단은 제13조제1항에 따라 신청서를 접수한 때 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 소속 직원으로 하여금 다음 각 호의 사항을 조사하게 하여야 한다. 다만, 지리적 사정 등으로 직접 조사하기 어려운 경우 또는 조사에 필요하다고 인정하는 경우 특별자치시·특별자치도·시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 대하여 조사를 의뢰하거나 공동으로 조사할 것을 요청할 수 있다.
 1. 신청인의 심신상태
 2. 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용
 3. 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지부령으로 정하는 사항
- ② 공단은 제1항 각 호의 사항을 조사하는 경우 2명 이상의 소속 직원이 조사할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제1항에 따라 조사를 하는 자는 조사일시, 장소 및 조사를 담당하는 자의 인적사항 등을 미리 신청인에게 통보하여야 한다.
- ④ 공단 또는 제1항 단서에 따른 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 조사를 완료한 때 조사결과서를 작성하여야 한다. 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 지체 없이 공단에 조사결과서를 송부하여야 한다.

제15조(등급판정 등)

- ① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
- ② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.
- ③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
- ④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
 2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
- ⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법]

법률 제18413호, 일부개정 2021.08.17, 시행일 2022.02.18

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담 공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[도로교통법]

법률 제19745호, 일부개정 2023.10.24, 시행일 2023.10.24

제12조(어린이 보호구역의 지정·해제 및 관리)

- ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.
 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
 2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
 3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안

전부령으로 정하는 학원

4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교
 5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소
- ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정·해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.
- ③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.
- ④ 지방경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.
- ⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.
1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로 상 횡단보도의 신호기
 2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
 3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
 4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조 제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

[산업재해보상보험법 시행규칙]

고용노동부령 제384호, 일부개정 2023.06.30, 시행일 2023.07.01

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 - 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 - 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[상법]

법률 제17764호, 일부개정 2020.12.29, 시행일 2020.12.29

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체 없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간

행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

[상법 시행령]

대통령령 제32881호, 타법개정 2022.08.23, 시행일 2022.08.23

제44조의2(타인의 생명보험)

제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률]

법률 제19234호, 타법개정 2023.03.14, 시행 2023.09.15

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 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구

함에 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.

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판

- 단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
 4. 제32조제6항 각 호의 경우
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체 없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 해약환급금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

[약사법]

법률 제19359호, 일부개정 2023.04.18, 시행일 2023.10.19

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
 - 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
 - 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·치치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품

중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것

다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.

7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.

가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것

나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것

다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제

8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.

9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.

가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품

나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품

다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품

10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.

11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.

12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것

나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것

13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.

14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.

15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단재생의료 및 첨단바

이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 첨단재생의료 임상연구는 제외한다.

16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.
17. "생물학적 동등성시험"이란 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주 성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
 - 가. 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
 - 나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

[여객자동차운수사업법 시행령]

대통령령 제33792호, 일부개정 2023.10.10, 시행일 2023.10.19

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업

- 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
- 나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
- 다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 “산업단지등”이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인

2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)

3) 국토교통부장관 또는 시·도지사가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

[의료법]

법률 제19421호, 일부개정 2023.05.19, 시행일 2023.11.20

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

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 갖추어 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.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[자동차관리법 시행규칙]

국토교통부령 제1269호, 일부개정 2023.10.31, 시행일 2023.12.01

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표 1]

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형
	초소형	일반형	
승용자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1600cc 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
승합자동차	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
화물자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것
특수자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것

종류	중형	대형
승용자동차	배기량이 1600cc 이상 2000cc 미만이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상 이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것

종류	중형	대형
	것	
이륜자동차	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸 화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의, 헌혈, 구급, 보도, 캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	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 특수 작업용인 것
이륜자동차	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 100kg 이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
 - 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실 내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
 - 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 - 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달 방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 - 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, "환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률" 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 - 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 - 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

[자동차손해배상보장법 시행령]

대통령령 제33468호, 타법개정 2023.05.15, 시행일 2023.05.16

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

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

제3조(책임보험금 등)

- ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.
 1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
 1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

[전자서명법]

법률 제18479호, 전부개정 2021.10.19, 시행일 2022.10.20

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

[지역보건법]

법률 제19305호, 일부개정 2023.03.28, 시행일 2023.09.29

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료로 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

- ① 보건소중 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

[폭력행위 등 처벌에 관한 법률]

법률 제13718호, 일부개정 2016.01.06, 시행일 2016.01.06

제2조(폭행 등)

- ① 삭제 <2016.1.6.>
- ② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
 2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
 3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄
- ③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
 2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
 3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역
- ④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

- ① 삭제 <2016.1.6.>
- ② 삭제 <2006.3.24.>
- ③ 삭제 <2016.1.6.>
- ④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할

경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체 등의 구성·활동)

- ① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.
 1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
 2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
 3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역
- ② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.
 1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
 - 가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
 - 나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
 - 다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
 - 라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
 2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)
- ③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.
- ④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제5조(단체 등의 이용·지원)

- ① 제4조제1항의 단체 또는 집단을 이용하여 이 법이나 그 밖의 형벌 법규에 규정된 죄를 범하게 한 사람은 그 죄에 대한 형의 장기 및 단기의 2분의 1까지 가중한다.
- ② 제4조제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하지 아니한 사람이 그러한 단체 또는 집단의 구성·유지를 위하여 자금을 제공하였을 때에는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제6조(미수범)

제2조, 제3조, 제4조제2항[「형법」 제136조, 제255조, 제314조, 제315조, 제335조, 제337조(강도치상의 죄에 한정한다), 제340조제2항(해상강도치상의 죄에 한정한다) 또는 제343조의 죄를 범한 경우는 제외한다] 및 제5조의 미수범은 처벌한다.

제7조(우범자)

정당한 이유 없이 이 법에 규정된 범죄에 공용(供用)될 우려가 있는 흥기나 그 밖의 위험한 물건을 휴대하거나 제공 또는 알선한 사람은 3년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다.

[형법]

법률 제19582호, 일부개정 2023.08.08, 시행일 2023.08.08

〈제24장 살인의 죄〉

제250조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조 삭제 〈2023. 8. 8.〉

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

- ① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

〈제25장 상해와 폭행의 죄〉

제257조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제258조의2(특수상해)

- ① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

제259조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

〈제26장 과실치사상의 죄〉

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

〈제32장 강간과 추행의 죄〉

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간 등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자 등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력 등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제304조 삭제 <2012. 12. 18.>

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

- ① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
- ② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제305조의3(예비, 음모)

제297조, 제297조의2, 제299조(준강간죄에 한정한다), 제301조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제305조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제306조 삭제 <2012. 12. 18.>

<제38장 절도와 강도의 죄>

제329조(절도)

타인의 재물을 절취한 자는 6년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제330조(야간주거침입절도)

야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박, 항공기 또는 점유하는 방실(房室)에 침입하여 타인의 재물을 절취(竊取)한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제331조(특수절도)

- ① 야간에 문이나 담 그 밖의 건조물의 일부를 손괴하고 제330조의 장소에 침입하여 타인의 재물을 절취한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 흥기를 휴대하거나 2명 이상이 합동하여 타인의 재물을 절취한 자도 제1항의 형에 처한다.

제331조의2(자동차등 불법사용)

권리자의 동의없이 타인의 자동차, 선박, 항공기 또는 원동기장치자전거를 일시 사용한 자는 3년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

제332조(상습범)

상습으로 제329조 내지 제331조의2의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제333조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)

- ① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)

절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제333조 및 제334조의 예에 따른다.

제336조(인질강도)

사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제337조(강도상해, 치상)

강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제338조(강도살인·치사)

강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제340조(해상강도)

- ① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
- ③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

제341조(상습범)

상습으로 제333조, 제334조, 제336조 또는 전조제1항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제342조(미수범)

제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.

제343조(예비, 음모)

강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7년 이하의 징역에 처한다.

제344조(친족간의 범행)

제328조의 규정은 제329조 내지 제332조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제345조(자격정지의 병과)

본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제346조(동력)

본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]

법률 제18627호, 일부개정 2021.12.21, 시행 2022.03.22

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
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 "호스피스대상 환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암

나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등 결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

찾아보기

0 ~ 9

- 142대질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관 402
- 142대질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 402
- 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형 II) 특별약관 416
- 2대질병(심장질환, 뇌혈관질환)수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 416

ㄱ

- 가입 후 간편맞춤 계약전환 제도 특별약관 1012
- 가족일상생활배상책임(50만원공제)(주택내화재·폭발제외) II 특별약관(갱신형) 963
- 가족일상생활배상책임(50만원공제) II 특별약관(갱신형) 956
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관 244
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 244
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관 202
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 202
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관 230
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 230
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관 216
- 간병인사용 상해입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 216
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관 239
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관
(갱신형) 239
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관 197
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관
(갱신형) 197
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관 225
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관
(갱신형) 225
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관 211
- 간병인사용 상해입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형 II) 특별약관
(갱신형) 211
- 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관 816
- 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-10일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 816
- 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관 708
- 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형) 708

■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	780
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	780
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	744
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	744
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	802
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	802
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	694
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	694
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	766
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	766
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	730
■ 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	730
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	249
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	249
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	207
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	207
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	235
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	235
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	221
■ 간호·간병통합서비스사용 상해입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	221
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	828
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-10일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	828
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	720
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	720
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	792
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	792
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	756
■ 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	

(갱신형)	756
■ 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	576
■ 갑상선암·기타피부암·유사암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	576
■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	427
■ 갑상선암·기타피부암·유사암진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	427
■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	880
■ 갑상선암·기타피부암주요치료비(연간1회한, 진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	880
■ 강력범죄(일상생활중) 특별약관	191
■ 강력범죄(일상생활중) 특별약관(갱신형)	191
■ 골절수술비 특별약관	167
■ 골절수술비 특별약관(갱신형)	167
■ 골절진단비(치아파절제외) 특별약관	163
■ 골절진단비(치아파절제외) 특별약관(갱신형)	163
■ 골절진단비(치아파절포함) 특별약관	165
■ 골절진단비(치아파절포함) 특별약관(갱신형)	165
■ 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	691
■ 급성심근경색증(I21)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	691
■ 급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	632
■ 급성심근경색증수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	632
■ 급성심근경색증진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	505
■ 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	481
■ 급성심근경색증진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	481

L

■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	431
■ 남성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	431
■ 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	688
■ 뇌경색증(I63)혈전용해치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	688
■ 뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	612
■ 뇌졸중수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	612
■ 뇌졸중진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	501
■ 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	471
■ 뇌졸중진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	471
■ 뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	608
■ 뇌출혈수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	608
■ 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	474
■ 뇌출혈진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	474

■ 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	600
■ 뇌혈관질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	600
■ 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	592
■ 뇌혈관질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	592
■ 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	467
■ 뇌혈관질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	467

ㄷ

■ 다빈치로봇갑상선암및전립선암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	586
■ 다빈치로봇암수술비(갑상선암및전립선암제외)(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	580

ㄹ

■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	463
■ 림프절및특정전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	463

ㄱ

■ 민사소송법률비용손해 특별약관(갱신형)	941

ㄴ

■ 보험료 자동납입 특별약관	1009
■ 보험료납입지원(갑상선암·기타피부암·유사암진단)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	838
■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	439
■ 비뇨기관암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	439

ㄷ

■ 상급종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	140
■ 상급종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	140
■ 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	123
■ 상급종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	123
■ 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	116
■ 상급종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	116
■ 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	365
■ 상급종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	365
■ 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	306

■ 상급종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	306
■ 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	287
■ 상급종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	287
■ 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형 II) 특별약관	987
■ 상해수술비(1~5종)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	987
■ 상해수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형 II) 특별약관	156
■ 상해수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	156
■ 상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관	136
■ 상해수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	136
■ 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	109
■ 상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	109
■ 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	112
■ 상해입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	112
■ 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	114
■ 상해입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	114
■ 상해입원수술비(당일입원제외)(간편맞춤형 II) 특별약관	148
■ 상해입원수술비(당일입원제외)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	148
■ 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	130
■ 상해중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	130
■ 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	133
■ 상해중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	133
■ 상해통원수술비(당일입원포함)(간편맞춤형 II) 특별약관	152
■ 상해통원수술비(당일입원포함)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	152
■ 선지급서비스 특별약관	1006

○

■ 아나필락시스진단비(연간1회한) 특별약관(갱신형)	194
■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	515
■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	515
■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형 II) 특별약관	509
■ 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	509
■ 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형 II) 특별약관	544
■ 암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	544
■ 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형 II) 특별약관	533
■ 암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	533
■ 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형 II) 특별약관	538
■ 암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	538
■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관	435

■ 여성생식기암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	435
■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	527
■ 요양병원암입원비(1일-90일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	527
■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	521
■ 요양병원암입원비(4일-60일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	521
■ 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관	1004
■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	566
■ 일반암수술비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	566
■ 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	571
■ 일반암수술비(매회)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	571
■ 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	871
■ 일반암주요치료비(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	871
■ 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	561
■ 일반암직접치료통원비(상급종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	561
■ 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	550
■ 일반암직접치료통원비(요양병원제외)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	550
■ 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	555
■ 일반암직접치료통원비(종합병원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	555
■ 일반암진단비(가사도우미지원)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	496
■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	422
■ 일반암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	422

스

■ 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관	185
■ 자동차사고성형치료비(자가용) 특별약관(갱신형)	185
■ 자동차사고치아보철비용(자가용) 특별약관	188
■ 자동차사고치아보철비용(자가용) 특별약관(갱신형)	188
■ 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	929
■ 장기요양자금(1,2등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	929
■ 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	933
■ 장기요양자금(1~4등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	933
■ 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	937
■ 장기요양자금(1~5등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	937
■ 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	925
■ 장기요양자금(1등급)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	925
■ 전이암진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	458
■ 종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	144
■ 종합병원상해수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	144

■ 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	127
■ 종합병원상해입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	127
■ 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	120
■ 종합병원상해입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	120
■ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	889
■ 종합병원암주요치료지원금(1천만원이상)(연간1회한,진단후5년)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	889
■ 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	376
■ 종합병원질병수술비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	376
■ 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	318
■ 종합병원질병입원비(1인실)(1일-30일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	318
■ 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	298
■ 종합병원질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	298
■ 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	861
■ 중증난치질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	861
■ 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	175
■ 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	175
■ 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	849
■ 중증질환자(갑상선암·기타피부암·유사암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	849
■ 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	855
■ 중증질환자(뇌·수막의 양성신생물) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	855
■ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 ..	901
■ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	901
■ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	913
■ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관 (갱신형)	913
■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	842
■ 중증질환자(일반암) 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형) ...	842
■ 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	180
■ 중증화상환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	180
■ 지정대리청구서비스 특별약관	1010
■ 질병사망(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	263
■ 질병사망(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	263

■ 질병수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형 II) 특별약관	388
■ 질병수술비(1~8종)(시술포함)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	388
■ 질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관	345
■ 질병수술비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	345
■ 질병수술비(백내장및대장용중제외)(간편맞춤형 II) 특별약관	355
■ 질병수술비(백내장및대장용중제외)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	355
■ 질병수술비 II (1~5종)(간편맞춤형 II) 특별약관	991
■ 질병수술비 II (1~5종)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	991
■ 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	266
■ 질병입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	266
■ 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	273
■ 질병입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	273
■ 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	280
■ 질병입원비(4일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	280
■ 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관	327
■ 질병중환자실입원비(1일-180일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	327
■ 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관	336
■ 질병중환자실입원비(1일-30일)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	336

ㄷ

■ 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	259
■ 창상봉합술(3/5cm미만)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	259
■ 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	253
■ 창상봉합술(3/5cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형 II) 특별약관 (갱신형)	253
■ 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형 II) 특별약관	256
■ 창상봉합술(안면/경부,3cm이상)치료비(급여,1일1회,연간3회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	256

ㄱ

■ 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	680

ㄴ

■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관	443
■ 통합형일반암진단비(간편맞춤형 II) 특별약관(갱신형)	443

■ 통합형전이암진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	451
■ 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	1001
■ 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	484
■ 특정심장질환Ⅰ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	484
■ 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	487
■ 특정심장질환Ⅱ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	487
■ 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	490
■ 특정심장질환Ⅲ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	490
■ 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	493
■ 특정심장질환Ⅳ진단비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	493

II

■ 표적항암약물허가치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	664
■ 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	655

III

■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	635
■ 항암방사선치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	635
■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	645
■ 항암방사선치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	645
■ 항암세기조절방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	676
■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	640
■ 항암약물치료비(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	640
■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	650
■ 항암약물치료비Ⅱ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	650
■ 항암양성자방사선치료비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	672
■ 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	624
■ 허혈심장질환수술비(관혈/비관혈)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	624
■ 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	616
■ 허혈심장질환수술비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	616
■ 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	477
■ 허혈심장질환진단비Ⅲ(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	477
■ 화상수술비 특별약관	172
■ 화상수술비 특별약관(갱신형)	172
■ 화상진단비 특별약관	170
■ 화상진단비 특별약관(갱신형)	170
■ 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관	866

■ 희귀질환자 산정특례대상진단비(1회한)(간편맞춤형Ⅱ) 특별약관(갱신형)	866

M E M O

M E M O