※ 이 약관은 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 의거, 내부통제 절차를 거쳐 제공됩니다.

무배당

NH헤아림3.10.10 건강보험(3~4종) 2504

더 넓은 보장, 더 합리적인 선택!
NH헤아림3.10.10건강보험으로 준비해보세요.

NH농협손해보험

약관 이용 가이드 북

약관이용 Guide Book

※ 同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 **쉽게 찾고 이해할 방법을 안내하는 그것을 목적**으로 함

01 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

02 한눈에 보는 약관의 구성

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

03 QR코드를 통한 편리한 정보이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상

보험금 지급절차

04 약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

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

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	**제3조**(보험금의 지급사유) 57p **제5조**(보험금을 지급하지 않는 사유) 58p	보험금 지급
2	청약철회	**제18조**(청약의 철회) 70p	청약철회
3	계약취소	**제19조**(약관교부 및 설명의무 등) 71p	계약취소
4	계약 무효	**제20조**(계약의 무효) 73p	계약무효
5	계약前 알릴 의무 및 위반 효과	**제13조**(계약 전 알릴 의무) 63p **제15조**(알릴 의무 위반의 효과) 67p	계약전 알릴의무
6	계약後 알릴 의무 및 위반 효과	**제14조**(상해보험계약 후 알릴 의무) 64p **제15조**(알릴 의무 위반의 효과) 67p	계약후 알릴의무
7	보험료 납입연체 및 계약의 해지	**제27조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 82p	보험료 연체해지
8	계약의 부활(효력회복)	**제28조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 84p	부활
9	해약환급금	**제30조**(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 86p **제33조**(해약환급금) 87p	해약환급금
10	보험계약대출	**제34조**(보험계약대출) 89p	보험계약대출

*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별「보험금 지급사유 및 미지급사유도 반드시확인할 필요

05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

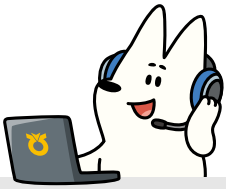
아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1. 시각화된 **'약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.
2. **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.
3. **'색인'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

*주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.
5. 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.
6. **'관련법규'항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.
7. 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

06 기타문의 사항



※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.nhfire.co.kr), **콜센터전화번호**(1644-9000)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는

약관 요약서

이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다. 더욱 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

- **보험회사명** | NH농협손해보험
- **보험상품명** | 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504

01 상품의 주요 특징

- 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 3종 및 4종은 간편심사를 통해 상해 및 질병을 보장받을 수 있는 상품입니다.
- **상품 구조**

구 분	3종 (해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)	4종 (해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)
상품형태	순수보장형	
보장부분 적용이율	3.0%	
보장보험료 납입면제	보험료 납입기간 중에 5대납입면제사유 발생시	-

* 5대납입면제사유 : • 일반상해후유장해(80%이상) 발생시 • 질병후유장해(80%이상) 발생시 • 보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정된 경우 • 뇌졸중으로 진단 확정된 경우 • 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우

* 다만, 보장보험료 납입이 면제된 계약의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 새롭게 갱신되는 계약에서는 해당 특약의 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504

1. **3종 :** 해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형
2. **4종 :** 해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형

- **무배당 :** 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
- **건강보험 :** 상해 및 질병을 집중 보장해주는 상품입니다.
- **해약환급금미지급형Ⅱ :** 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입완료 후에는 해약환급금 지급상품 해약환급금의 50%를 지급하는 상품입니다. 단, 갱신형 특별약관은 전체 보험기간동안 해약환급금이 없습니다.
- **납입면제형 :** 납입면제 사유에 해당하는 경우 보장보험료의 납입을 면제하는 상품입니다.

Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한 사항

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

면책기간 및 감액지급

면책기간 보험금 미지급 / 감액지급 50%

● **면책기간 및 감액지급 적용담보**

구분	최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
		보험금 감액기간	50% 감액지급
질병후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
암후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
2대질병후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
유사암진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
암진단비(유사암제외)(체증형)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
유사암진단비(체증형)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O
특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
중증갑상선암진단비(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
전이암진단비(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
통합전이암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O
기타피부암및갑상선암전이암진단비(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O

구분	최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
		보험금 감액기간	50% 감액지급
양성뇌종양진단비 II (3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
뇌출혈진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
뇌졸중진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
특정뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
급성심근경색증진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
특정허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
심혈관특정질환 I 진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환진단비(2~5종)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환진단비(3~5종)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환진단비(4~5종)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환진단비(5종)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
심근병증진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
주요심장염증질환진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
통풍진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○

구분	최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
		보험금 감액기간	50% 감액지급
대상포진진단비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
요로결석진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	1년 면책	-	-
질병수술비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병수술비(경증질환제외)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병수술비(4대특정질병제외)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병수술비(1~5종) II (3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
질병수술비(1~8종)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
144대질병수술비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
암수술비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
유사암수술비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	○
뇌혈관질환수술비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
허혈성심장질환수술비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 90일미만 10%지급)
특정순환계질환수술비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
관상동맥성형술(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
부인과질병수술비(3.10.10간편가입)	-	가입후 1년미만	○
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	90일 면책	가입후 1년미만	O

구분		최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
항암방사선치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암,갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	○
항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암,갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	○
항암약물치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암,갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	○
하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
항암방사선·약물치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암,갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	○
항암방사선치료비(치료당)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	O
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	O
항암약물치료비(치료당)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	O
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	O
뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○

구분		최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
뇌심혈관조영술검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30일한도)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성 종양 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성 종양	-	가입후 1년미만	○

구분		최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성 종양 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성 종양	-	가입후 1년미만	○
뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해 80%이상)	암(기타피부암,갑상선암 제외)	90일 면책	-	-
	뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해 80%이상	-	-	-
갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(유사암 및 13대 특정 암제외), 10대 특정암, 3대특정암(생식기 및 소액암)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	유사암 및 양성신생물	-	가입후 1년미만	○
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	○
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	질병으로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	가입후 1년미만	○
	상해로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	-	-

구분		최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)	질병으로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	가입후 1년미만	○
	상해로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	-	-
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	질병으로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	가입후 1년미만	○
	상해로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	-	-
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)	질병으로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	가입후 1년미만	○
	상해로 산정특례대상으로 등록된 경우	-	-	-
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 180일미만 25%지급)
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	○ (단, 가입후 180일미만 25%지급)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O

구분		최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 1년미만	O
갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 2년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 2년미만	○
갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 2년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 2년미만	○
갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 1년미만	O
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 2년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 2년미만	○
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 2년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 2년미만	○
갱신형 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 1년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 1년미만	○

구분		최초계약과 부활계약의 면책기간	보험금 감액기간 및 감액지급	
			보험금 감액기간	50% 감액지급
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 2년미만	○
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(3.10.10간편가입)		90일 면책	가입후 2년미만	○
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 2년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 2년미만	○
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	90일 면책	가입후 2년미만	○
	기타피부암, 갑상선암	-	가입후 2년미만	○
갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)		-	가입후 2년미만	○

보장한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

● **보장한도 적용담보**

담 보 명	보장한도
일반상해후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)	최초1회한
통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	보장별 연간1회한
아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간15회한
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간30회한
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간60회한
창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간3회한
창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간3회한
주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	보장별 연간1회한
일반상해입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
일반상해입원일당(종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도

담 보 명	보장한도
일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 60일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)	연간20회한
간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
질병후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)	최초1회한
암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	최초1회한
유사암진단비(3.10.10간편가입)	각각 최초1회한
암진단비(유사암제외)(체증형)(3.10.10간편가입)	최초1회한
유사암진단비(체증형)(3.10.10간편가입)	각각 최초1회한
통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	보장별 최초1회한
특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(3.10.10간편가입)	최초1회한
중증갑상선암진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
전이암진단비(3.10.10간편가입)	보장별 최초1회한
통합전이암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	보장별 최초1회한
기타피부암및갑상선암전이암진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
보험료납입지원(유사암진단)(연만기)(3.10.10간편가입) ※3종에 한하여 가입가능함	최초1회한
양성뇌종양진단비 II (3.10.10간편가입)	최초1회한
뇌출혈진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
뇌졸중진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
급성심근경색증진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
심혈관특정질환 I 진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정순환계질환진단비(2~5종)(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정순환계질환진단비(3~5종)(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정순환계질환진단비(4~5종)(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정순환계질환진단비(5종)(3.10.10간편가입)	최초1회한
심근병증진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
주요심장염증질환진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한

담 보 명	보장한도
통풍진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
대상포진진단비(3.10.10간편가입)	최초1회한
요로결석진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
여성생식기암(제자리암제외)자궁적출수술비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
관상동맥성형술(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
요실금수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
질병재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간15회한
질병재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간30회한
질병재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)	1일1회한, 연간60회한
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
항암방사선치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 최초1회한
항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
항암약물치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 최초1회한
하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
항암방사선·약물치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 연간1회한
뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한

담 보 명	보장한도
뇌심혈관조영술검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
질병입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
질병입원일당(종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 60일한도
질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 30일한도
질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)	연간20회한
간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30일한도)(3.10.10간편가입)	연간30회한
유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30일한도)(3.10.10간편가입)	연간30회한
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 180일한도
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)(3.10.10간편가입)	1회 입원당 1일이상 90일한도
뇌혈관질환통원일당(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)	연간30회한
허혈성심장질환통원일당(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)	연간30회한

담 보 명	보장한도
보험료납입면제대상(3.10.10간편가입) ※3종에 한하여 가입가능함	최초1회한
보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해 80%이상) ※4종에 한하여 가입가능함	최초1회한
갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	보장별 연간1회한
갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)	보장별 최초1회한
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	보장별 최초1회한
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	보장별 최초1회한
갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여,연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여,연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여,연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 치료별연간1회한
갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 연간1회한
갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한
갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)	진단후10년, 연간1회한

담 보 명	보장한도
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간 1회한
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 연간1회한
갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)	최초1회한
갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한)(3.10.10간편가입)	연간1회한

02 해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우
보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

해약환급금 **0원** 납입기간 중 해지시

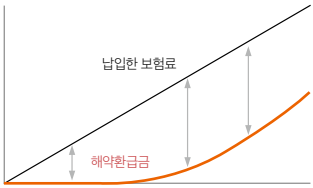
해약환급금 **적음** 납입기간 이후 해지시

❶ **해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**
*해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

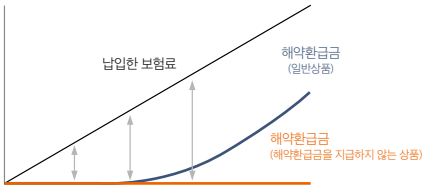
❷ **납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없습니다.**(해약환급금이 없는 상품)

❸ **납입기간 이후** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금지급상품 해약환급금의 50%를 지급합니다.**

예시① 일반상품



예시② 해약환급금이 없는 상품

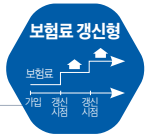


※ 위 그림은 예시이며 가입하는 종에 따라 해약환급금의 형태는 다를 수 있습니다.
보통약관 제33조(해약환급금)을 반드시 확인하시기 바랍니다.

03

갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

담보명
갱신형 통합상해진단비(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)
갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증화상산정특례대상(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 중증외상산정특례대상(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후**10년**,**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후**10년**,**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후**10년**,치료별**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후**10년**,치료별**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 유사암주요치료비(진단후**10년**,**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후**10년**,**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 유사암주요치료비(진단후**10년**,치료별**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후**10년**,치료별**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후**10년**,**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후**10년**,**연간1회한**)(3.10.10간편가입)

담 보 명
갱신형 표적항암약물허가치료비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 표적항암약물허가치료비(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후**10년,연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후**10년,연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 항암방사선(중입자)치료비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(**최초1회한**)(3.10.10간편가입)
갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(**연간1회한**)(3.10.10간편가입)

04 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

보장성보험 **사망·상해·질병 등**

❶ 이 보험은 **상해 및 질병 보장**을 주목적으로 **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

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

유병력자보험

유병자보험 일반인 가입시 불리 **질병** 있어도 OK

❶ 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.

❷ **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호 예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 5천만원

이 보험은 예금자보호법에 따라 **해약환급금**(또는 만기 시 보험금)**에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.

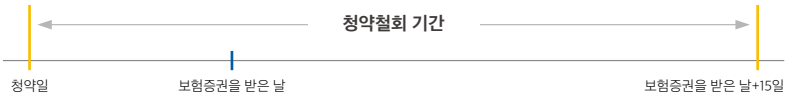
이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 **합산한 금액**이 **1인당 5천만원까지** 보호됩니다.

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

01 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 | 제18조

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



:청약철회가 불가한 경우

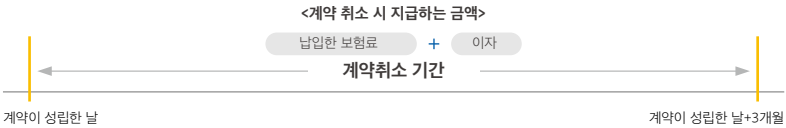
❶ **청약일부터 30일**(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

❷ 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 **90일 이내**인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 | 제19조

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



❶ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우

❷ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우

❸ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

03 보험계약의 무효

보통약관 | 제20조

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

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

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

❸ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

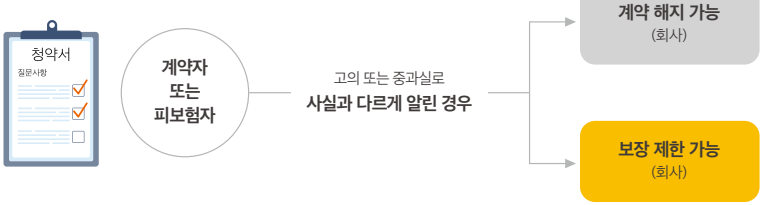
04 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

보통약관 | 제13조, 제15조

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

❶ 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

❷ **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



민원 사례

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

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선과 2006다59837]

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

05 보험계약後 알릴 의무 및 위반시효과

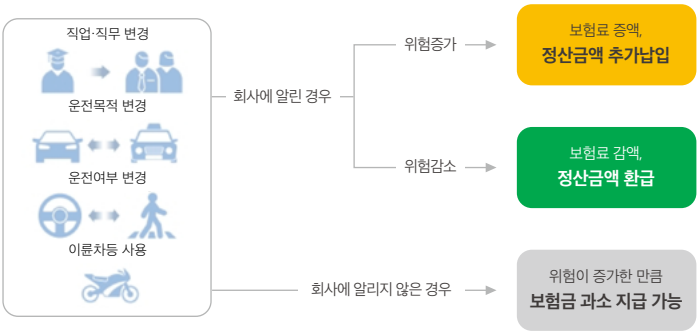
보통약관 | 제14조, 제15조

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

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

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

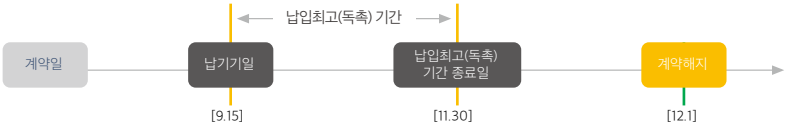
❷**위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.

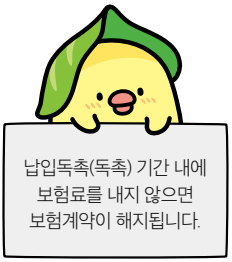


06 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보통약관 | 제27조

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.
*납입최고(독촉)기간:14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)





납입연체

보험료 납입이 연체 중인 경우

07 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관 | 제28조

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

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

보험료 미납으로 인한 **계약의 해지** → (해약환급금 미수령) 해지 후 3년이내 **부활 청약** → 건강상태, 직업 등 **심사** → 승낙 or 거절 또는 **일부 보장제한**

08 보험계약대출

보통약관 | 제34조

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

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

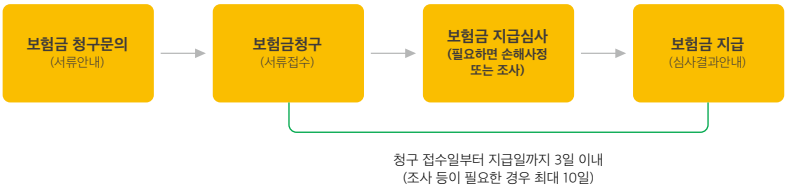
환급금 내역서

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

09 보험금청구절차 및 서류

보통약관 | 제7조, 제8조

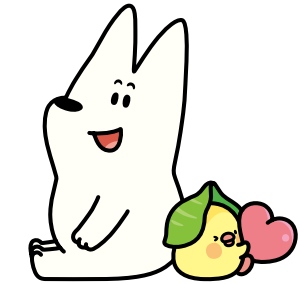
보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



⚠ **소액 보험금 청구시** 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우도 있으니, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입퇴원확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

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



NH농협손해보험

(무)NH헤아림3.10.10건강보험2504
(3~4종) 약관

3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)
4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

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

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

2.「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

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

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1644-9000

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

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

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

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

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1644-9000
  - o 인터넷 : http://www.nhfire.co.kr
- 신청자 제한 : **신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.**

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

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

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1644-9000
  - o 인터넷 : http://www.nhfire.co.kr

※「개인정보보호법」제37조에 따라 정보주체는 개인정보처리자에 대하여 자신의 개인정보 처리정지를 요구할 수 있으며, 이 경우 개인정보처리자는 특별한 사유가 없는 한 10일 이내에 개인정보 처리의 전부 또는 일부를 정지하여야 합니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

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

- 연락처
  - o 한국신용정보(주) ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr
  - o 서울신용평가정보(주) ☎ 1577-1006 인터넷 www.sci.co.kr
  - o 코리아크레딧뷰로(주) ☎ 02-708-1000 인터넷 www.kcb4u.com

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은「신용정보법」제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

* 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
* 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해약환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법
  - · 전화 : 1644-9000

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

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

- 연락처
  - o 당사 개인신용정보 보호담당자
    : 02-3786-7528 / 서울시 서대문구 충정로 60(미근동)
  - o 손해보험협회 개인신용정보 보호담당자
    : 02-3702-8695 / 서울시 종로구 종로5길 68(수송동)
  - o 금융감독원 개인신용정보 보호담당자
    : 국번없이 1332 / 서울시 영등포구 여의대로 38(여의도동)

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 자필서명하여야 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.

보험금 지급 절차 안내

고객님께서 가입하신 계약에 대하여 보험금 청구사유 발생시 보험금 청구 서류안내에 따라 보험금 청구서류를 회사에 접수하여 주시면 아래의 절차에 따라 신속히 처리하여 드리겠습니다.

- ☞ 보험금 청구(사고접수)는 당사 소정양식의 청구서류를 다운로드 받으신 후 작성하셔서 가까운 NH농협 영업점에 제출하시면 신속히 처리하여 드립니다.
- ☞ 홈페이지 또는 모바일로 청구하실 경우, 청구금액 100만원 이하 건에 한하여 접수 가능합니다.
- ☞ 궁금하신 사항은 NH농협손해보험 고객지원센터(1644-9000)로 문의하시기 바랍니다.
- ☞ 보험금 청구가 완료되면 보상처리 담당자가 지정되어 고객님께 담당자의 성명, 연락처를 SMS로 전송해 드립니다.
- ☞ 자세한 보상관련 문의사항은 보상처리 담당자에게 문의하시면 됩니다.

보험금 지급 절차

01 STEP	보험금 청구	사고발생 통보 및 보험금 청구를 합니다
02 STEP	청구서류 제출하기	홈페이지, 모바일앱 또는 가까운 영업점에 관련서류를 제출합니다.
03 STEP	보상팀 및 보상담당자 지정	보상처리 담당자가 지정되어 고객님께 SMS로 담당자의 성명, 연락처를 SMS로 전송해 드립니다
04 STEP	보상여부 검토·조사	보험금 지급여부를 심사합니다.
05 STEP	보험금 결정 및 지급안내	보험금이 결정되면 피보험자의 예금통장에 보험금이 입금됩니다.

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

◉ 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 인가 등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」라고 명시하고 있습니다.

◉ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 보험계약자 등이 보험회사와 협의하여 손해사정사를 선임할 수 있습니다.

  ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

◉ 장해진단서 제출 시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

  ※ 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어질 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 분담 지급(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

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 농협손해보험주식회사 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1644-9000

보험금 청구서류 안내

상해 및 질병 관련 청구서류

보장내역		청구서류	
공통		기본	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 신분증 사본
		추가	① 통장사본(사전 미등록 계좌)
사망	공통	선택	① 사망진단서(사체검안서) 원본 ② 사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)
	상해	추가	① 상해입증서류
입원비	공통	선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
	상해	추가	① 상해입증서류
통원비	공통	선택	① 진단명(질병분류코드)·통원일(기간)이 포함된 서류 ② 진단서
	상해	추가	① 상해입증서류
수술	공통	기본	① 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류
	상해	추가	① 상해입증서류
후유장해	공통	선택	① 후유장해진단서 – 일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
		추가	– 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ② 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③ 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY결과지 ④ 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥ 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지
	상해	추가	① 상해입증서류

보장내역		청구서류	
골절		선택	① 진단명(질병분류코드)·진단일자가 포함된 서류 ② 통원확인서·입·퇴원확인서 + X-RAY결과지 ③ 진단서
치료		선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
		추가	① 상해입증서류*
진단	공통	기본	① 진단서(진단명, 질병분류코드 포함)
	암	기본	① 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 - 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) - 간 : 방사선 판독결과지 및 혈액검사 결과지
	뇌졸중	기본	① CT, MRI 등 방사선 판독 결과지
	심근경색	기본	① 각종 검사결과지(관상동맥조영술결과지, 심전도결과지, 근효소결과검사지 등)
태아	입원	기본	① 출생증명서(또는 가족관계증명서) ② 입·퇴원확인서(또는 진단서)
	유산	기본	① 진단서
	사산	선택	① 사산증명서 ② 진단서
실손의료	입원	기본	① 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서
		선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
	통원	기본	① 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서
		선택	① 진단명(질병분류코드)·통원일(기간)이 포함된 서류 ② 진단서

※ 상해 입증서류 예시

① 교통사고 : 공공기관, 손해보험사, 공제조합 사고사실확인서
② 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
③ 군인재해사고 : 공무상병인증서
④ 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
⑤ 기타 상해사고 : 공공기관 사고사실확인서
⑥ 확인서류 발급불가 상해사고 : 초진차트 등 증명서류, 보험금 청구서상 상해사고내용 기재
⑦ 자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

운전자 관련 청구서류

보장내역	청구서류	
공통	추가	① 통장사본(사전 미등록 계좌) ② 가족관계 확인서류
입원비/통원비	기본	① 자동차보험 보험금지급결의서 ② 진단명·입원기간이 포함된 서류 ③ 진단서
사망	선택	① 사망진단서(사체검안서) 원본
		② 사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)
후유장해	선택	① 후유장해진단서 - 일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
	추가	- 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ② 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③ 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY결과지 ④ 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥ 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지
자동차사고 부상치료비	기본	① 사고증명서 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 (1) 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 (2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)

보장내역	청구서류	
면허정지위로금	기본	① 면허취소확인원(교육 이수 후)
		② 운전경력 증명서
면허취소위로금	추가	① 면허정지 행정처분 확인서
벌금	기본	① 벌금영수증
		② 법원 판결문 또는 약식명령문
교통사고처리지원금	기본	① 피해자진단서
		② 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시)
		③ 공소장
		④ 공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서 (미합의 시)
		⑤ 형사합의금이 입금된 내역
변호사선임비용	기본	① 판결문, 구속영장(재소·출소증명서)
		② 공소장
		③ 변호사가 발행한 세금 계산서

※ 상기 청구서류는 일반적인 보험금 청구 시 필요한 서류를 기재한 것으로서 보험수익자가 다수이거나 미성년자 또는 대리청구, 단체보험 등의 경우에는 추가서류가 필요할 수 있으므로, 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.

※ 기타 보장내역(재물, 비용 등)의 경우 상기 서류 외 별도의 서류가 필요할 수 있음으로 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.
- 대표전화 : 1644-9000

농협손해보험 보험가입자를 위한 안내

귀하께서는 우리 농협손해보험주식회사와 보험계약을 체결하셨습니다.
현대사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리고자 장기손해보험(연금저축손해보험 포함) 상품을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다.
해당사항에 대해 궁금한 점이 있으신 경우, 본사 고객센터(Tel : 1644-9000)나 인터넷 홈페이지(http://www.nhfire.co.kr)를 통해 문의하시면 상세히 안내하여 드리겠습니다.

가. 장기손해보험의 원리 및 특성
나. 장기손해보험상품의 유형
다. 장기손해보험상품의 선택방법
라. 장기손해보험 가입 시 유의사항
마. 장기손해보험가입자 보호제도

가. 장기손해보험의 원리 및 특성

- 장기손해보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제도입니다.

장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.

① 장기손해보험은 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 적립보험료 부분을 회사가 보험기간 동안 소정의 적립이율로 운용하여 보험기간이 만료되는 시점에서 보험계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸비하고 있는 보험상품입니다.

다만, 순수보장성 보험의 경우에는 만기환급금이 없는 대신에 보험료가 저렴합니다.

② 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립합니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.

③ 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 보험계약자의 선택에 따라 월납, 3월납, 6월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입주기를 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.

④ 보험계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 못하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 보험계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용 등을 알려드리며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다.

단, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.

⑤ 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해약환급금을 받지 아니한 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.

⑥ 보험계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출은 별도의

담보가 필요 없으며, 대출을 받은 보험계약자는 회사가 정한 보험계약대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다. 보험계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 미상환시 회사는 보험금 또는 해약환급금 지급 시 제지급금과 상계할 수 있습니다.
다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

⑦ 장기보험계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 보험회사로 구성됩니다.

- 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금 청구권을 가지는 자입니다
- 보험수익자는 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.

나. 장기손해보험의 유형

장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기 시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험보장기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다.(순수보장성보험 제외) 이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러 가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 저희 회사 고객센터나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다.

- 재물보험
  - 화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험

■ 상해보험
- 일상생활도중 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해 주는 보험으로 사망·후유장해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험

■ 운전자보험
- 운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상해 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합보장하는 보험

■ 저축성보험
- 만기 시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험

■ 질병보험
- 각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장하는 보험

■ 간병보험
- 활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험

■ 연금저축손해보험
- 일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

다. 장기손해보험상품의 선택방법

저희 회사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려하셔서 상품을 선택하시기 바랍니다.

● 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.
보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해나 질병 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적을 고려하여 선택하시기 바랍니다.

- 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정한지를 고려하십시오.
  각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용 수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다. 그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안하셔서 적정한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

- 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.
  - 가입하실 보험상품의 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금 지급기준 및 지급방법(O배 보상, O회 분할지급, O배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
  - 보험기간 중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금(중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
  - 회사가 보험료를 받고 미래에 발생한 사고에 대한 보험금 또는 중도환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 이율에 따라 보험료가 달라집니다. 이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 저희 회사 홈페이지「상품공시실(상품요약서)」또는「가격공시실」등에서 구체적으로 확인하실 수 있으며, 원하실 경우 저희 회사에 직접 방문하시어 보험상품과 관련된 기초서류 등을 열람하실 수도 있습니다.

라. 장기손해보험상품 가입시 유의사항

보험계약을 청약하실 때는 보험약관상 보험계약자의 권리나 의무사항을 반드시 확인하시고, 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

- 보험계약자의 자필서명
  청약서는 보험계약자 본인이 작성하고 자필서명을 하셔야 합니다. 보험

계약을 체결할 때 청약서 작성내용(고지내용)에 대해 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받으실 수도 있으므로 청약서는 보험계약자 본인이 직접 작성하시고, 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자가 자필서명을 하셔야 합니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버 몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

● 계약 전 알릴의무 및 계약 후 알릴의무

보험에 가입하실 때 청약서상의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하셔야 하며, 보험계약기간 중 피보험자의 직업 또는 직무변경으로 인한 위험증가 및 주소변경, 운전목적변경 등 보험약관에 정한 계약 후 알릴 의무사항이 발생하였을 경우 지체없이 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

■ 보험에 가입하실 때(계약 전 알릴의무 : 고지의무)

피보험자의 직업, 직무, 과거병력 등 청약서상 질문사항은 보험료 산정이나 보험계약의 인수에 중요한 자료가 됩니다. 따라서 보험계약 청약 시 보험계약자 및 피보험자는 청약서상의 질문사항(고지사항)에 대하여 사실대로 알려주셔야 합니다.

만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알렸을 경우, 보험 가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 「중요한 사항」에 해당하는 경우에는 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

※ 중요한 사항 : 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부특약 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항

■ 보험에 가입하신 후(계약 후 알릴의무 : 통지의무)

계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 아래와 같이 변경이 발생한 경우에는 지체없이 서면으로 저희 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

◦ 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무를 변경한 때

◦ 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
◦ 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
◦ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
◦ 건물 내에서 영위하는 직업 또는 작업의 내용이 바뀐 경우
◦ 상기 이외의 위험이 뚜렷이 변경된 경우

보험계약자 등은 주소 또는 연락처가 변경된 경우, 그 변경내용을 지체없이 저희 회사에 알려 주셔야 합니다. 만일 알리지 않으신 경우, 보험계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 보험계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 보험계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

● 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약해지

■ 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

■ 회사가 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전

자문서를 송신하여야 하며, 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 납입최고(독촉)와 계약해지에 관한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

■ 회사가 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

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

■ 보험료 납입 연체로 인해 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

● 계약의 무효

다음의 한 가지 사유에 해당하는 경우, 회사는 보험계약을 무효로 할 수 있습니다.

■ 계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 손해가 발생한 경우

■ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 보험계약 체결 시까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 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(단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는

일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우는 제외)

- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급 사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 상기 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

● 사기 등에 의한 보험계약의 체결

보험금을 부당하게 수취할 목적으로 자신 및 타인의 신체나 생명을 해치는 행위는 보험범죄로서 사법당국의 철저한 조사에 의해 반드시 적발되어 처벌을 받게 되며, 이 경우 보험금을 지급받을 수 없습니다.

● 중도해지시 고려하여야 할 사항

- 보험계약자가 납입하는 보험료의 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자의 보험금으로 지급되고, 또 다른 일부는 회사의 보험계약 체결 및 유지, 관리에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도에 보험계약을 해지하는 경우 지급되는 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적을 수도 있고, 없을 수도 있습니다.
- 보험계약 해지 후 새로운 보험계약을 체결하게 되는 경우 연령이나 건강상태 등에 따라 보험료가 높아지거나, 보험가입이 곤란할 수도 있습니다.

마. 장기손해보험가입자 보호제도

● 품질보증제도

보험계약자가 보험가입시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명받지 못하였을 때에는 청약일로부터 3개월 이내에 회사에 보험계

약의 취소를 요구할 수 있는「품질보증제도」를 운영하고 있습니다.
계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료와 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 전자우편 등의 방식을 통해 계약자 보관용 청약서를 드릴 수 있으며, 전화를 이용하여 계약을 체결한 때에는 대화내용을 문서화한 확인서를 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 드린 것으로 봅니다.

청약철회 청구제도

- 일반금융소비자인 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다.
- 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험금의 지급절차에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 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.
- 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

- 보험계약대출제도

  보험계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다(순수보장성보험 제외). 이 경우 보험계약자는 회사가 정한 이율(보험계약대출이율)에 따라 대출이자를 부담하셔야 합니다.

- 해지계약의 부활(효력회복)

  보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험계약을 부활(효력회복)시킬 수 있습니다.

- 예금자보호제도 안내

  ■ 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 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.

  다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

  ■ 위 내용은 예금자보호법 및 관련 법령의 개정에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며, 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자보호 안내책자 등을 참고하거나 예금보험공사(☎1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

- 손해보험계약의 제3자보호제도

  손해보험회사의 청산 또는 파산 시 예금자보호법상 보장한도인 5천만원을 초과하는 손해보험 피해자의 피해액에 대하여 손해보험회사들이 사후적으로 기금을 출연·지급을 보장하는 제도입니다. 적용대상이 되는 보험계약은 보험업법 시행령 제80조에서 규정하고 있는 의무보험 등이며, 지급보장 대상은 피해자가 입은 신체손해(재물손해는 제외)로 하고, 보장한도는 개별법령의 보장한도에서 예금자보호법상의 보장금액을 제외한 전액을 보장합니다.

자주 발생하는 민원(예시)

❑ 고지의무 관련

사례	평소 앓고 있던 질환에 대해 가입당시 모집인에게 구두로 이야기했으나, 보험사에서는 해당질환을 계약 전 알릴의무에 기재하지 않았다는 이유로 보험금 지급을 거절하고 계약을 강제 해지하는 것은 부당하다며 불만을 제기
유의사항	보험회사가 서면으로 질문한 '계약 전 알릴의무'는 중요한 내용으로 피보험자는 사실대로 작성해야 할 의무가 있습니다.

❑ 암진단비 보험금 지급 관련

사례	40세 A씨는 보험 가입 후 2개월 지난 시점에 위암 진단확정을 받고 보험금을 청구하였으나, 보험금 지급이 거절되어 불만을 제기
유 의 사항	암(기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 제외)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날이며 90일 이내 진단받을 경우 면책입니다. 90일이 경과된 이후에도 일정기간(1년) 이내인 경우 보험금이 삭감 지급될 수 있습니다.

❑ 수술비 지급 관련

사례	C씨는 유리에 상처를 입어 피부에 손상이 발생하여 피부봉합 수술 후 상해수술비 청구하였으니 보험금 지급이 되지 않아 불만을 제기
유의사항	근육층을 포함하지 않는 피부만의 단순봉합술은 수술에 해당되지 않아 상해수술비는 지급되지 않습니다.

목 차

- 가입자 유의사항 ····· 41
- 주요내용 요약서 ····· 44
- 보험용어 해설 ····· 51

무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관

3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)
4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 54
제1조(목적) ····· 54
제2조(용어의 정의) ····· 54

제2관 보험금의 지급 ····· 57
제3조(보험금의 지급사유) ····· 57
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 57
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 58
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 59
제7조(보험금의 청구) ····· 59
제8조(보험금의 지급절차) ····· 60
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 62
제10조(주소변경통지) ····· 62
제11조(보험수익자의 지정) ····· 62
제12조(대표자의 지정) ····· 62

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 63

제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 63
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 64
제15조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 67
제16조(사기에 의한 계약) ····· 68

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 69
제17조(보험계약의 성립) ····· 69
제18조(청약의 철회) ····· 70
제19조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 71
제20조(계약의 무효) ····· 73
제21조(계약내용의 변경 등) ····· 75
제22조(보험나이 등) ····· 77
제23조(계약의 소멸) ····· 77

제5관 보험료의 납입 ····· 78
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 78
제25조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 79
제25-1조(보험료 납입면제)[3종에 한함] ····· 79
제26조(보험료의 자동대출납입) ····· 81
제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) · 82
제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 84
제29조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ····· 85

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 86
제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 86
제30조의2(위법계약의 해지) ····· 86
제31조(중대사유로 인한 해지) ····· 87
제32조(회사의 파산선고와 해지) ····· 87
제33조(해약환급금) ····· 87
제34조(보험계약대출) ····· 89
제35조(배당금의 지급) ····· 89

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 89
제36조(분쟁의 조정) ····· 89

제37조(관할법원) ····· 90
제38조(소멸시효) ····· 90
제39조(약관의 해석) ····· 90
제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 91
제41조(회사의 손해배상책임) ····· 91
제42조(개인정보보호) ····· 92
제43조(준거법) ····· 92
제44조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 92

무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 특별약관

3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)
4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)

Ⅰ. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 93
1-2. 일반상해후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 95
1-3. 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 98
1-4. 골절진단비(치아파절제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 100
1-5. 5대골절진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 101
1-6. 화상진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 102
1-7. 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ···· 103
1-8. 일반상해수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 105
1-9. 일반상해수술비Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 108
1-10. 일반상해수술비(1~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 112
1-11. 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 116
1-12. 일반상해통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 122
1-13. 일반상해입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 126
1-14. 골절수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 129
1-15. 화상수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 131

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

1-16. 상해흉터복원수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 134
1-17. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 137
1-18. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 139
1-19. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 142
1-20. 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)보장
특별약관 ····· 145
1-21. 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 148
1-22. 골절진단한방치료비(치아파절제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 150
1-23. 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
특별약관 ····· 155
1-24. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 157
1-25. 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 160
1-26. 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 162
1-27. 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 166
1-28. 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 170
1-29. 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 174
1-30. 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 178
1-31. 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 183
1-32. 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 187
1-33. 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 192

1-34. 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 196
1-35. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관1-36. 간병인사용 일반상해입원일당
(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 205
1-37. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)
(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 209
1-38. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)
(종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 213
1-39. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)
(상급종합병원)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 218

Ⅱ. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 223
2-2. 질병후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 224
2-3. 질병후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 226
2-4. 암후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 229
2-5. 2대질병후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 234
2-6. 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 238
2-7. 유사암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 241
2-8. 암진단비(유사암제외)(체증형)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 244
2-9. 유사암진단비(체증형)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 249
2-10. 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 252
2-11. 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및
중추신경계통·혈액암)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 258
2-12. 중증갑상선암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 261
2-13. 전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 265
2-14. 통합전이암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 269
2-15. 기타피부암및갑상선암전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 275
[3종] 2-16. 보험료납입지원(유사암진단)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 278
2-17. 양성뇌종양진단비Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 282

2-18. 뇌출혈진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 284
2-19. 뇌졸중진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 286
2-20. 뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 288
2-21. 특정뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 291
2-22. 급성심근경색증진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 293
2-23. 허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 295
2-24. 특정허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 297
2-25. 심혈관특정질환Ⅰ진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 299
2-26. 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 301
2-27. 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 303
2-28. 특정순환계질환진단비(2~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 306
2-29. 특정순환계질환진단비(3~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 309
2-30. 특정순환계질환진단비(4~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 311
2-31. 특정순환계질환진단비(5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 314
2-32. 심근병증진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 316
2-33. 주요심장염증질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 319
2-34. 통풍진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 321
2-35. 대상포진진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 323
2-36. 요로결석진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 325
2-37. 질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 327
2-38. 질병수술비(경증질환제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 331
2-39. 질병수술비(4대특정질병제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ···· 336
2-40. 질병수술비(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 341
2-41. 질병통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 345
2-42. 질병입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 350
2-43. 질병수술비(1~5종)Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 355
2-44. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 360
2-45. 144대질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 366
2-46. 암수술비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 372
2-47. 유사암수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 377
2-48. 여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)

(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 381
2-49. 뇌혈관질환수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 386
2-50. 허혈성심장질환수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 389
2-51. 특정순환계질환수술비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 392
2-52. 관상동맥성형술(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 395
2-53. 뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
특별약관 ····· 397
2-54. 추간판장애수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 400
2-55. 충수염수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 402
2-56. 부인과질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 405
2-57. 요실금수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 · 408
2-58. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 412
2-59. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 415
2-60. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 418
2-61. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10
간편가입)보장 특별약관 ····· 421
2-62. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 429
2-63. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 439
2-64. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,
치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 447
2-65. 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
특별약관 ····· 457
2-66. 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 464
2-67. 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 472
2-68. 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)

(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 480
2-69. 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 489
2-70. 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 498
2-71. 항암방사선치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ···· 509
2-72. 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 513
2-73. 항암약물치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 519
2-74. 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 523
2-75. 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 530
2-76. 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 · 539
2-77. 항암방사선치료비(치료당)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 543
2-78. 항암약물치료비(치료당)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 547
2-79. 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 552
2-80. 뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 555
2-81. 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ··· 557
2-82. 뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 559
2-83. 급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 562
2-84. 급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 564
2-85. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 567
2-86. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 569
2-87. 뇌심혈관조영술검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 572
2-88. 뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 574
2-89. 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 576

2-90. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 583
2-91. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 590
2-92. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,
연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 597
2-93. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 605
2-94. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 612
2-95. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,
연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 619
2-96. 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 626
2-97. 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 633
2-98. 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 640
2-99. 질병입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 647
2-100. 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 649
2-101. 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 652
2-102. 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 658
2-103. 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 664
2-104. 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 670
2-105. 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 676
2-106. 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 682

2-107. 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 688
2-108. 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 694
2-109. 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 700
2-110. 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 707
2-111. 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 712
2-112. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)
(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 717
2-113. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)
(종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 722
2-114. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)
(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 727
2-115. 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 733
2-116. 유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 738
2-117. 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 743
2-118. 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 749
2-119. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 754
2-120. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 762
2-121. 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 770
2-122. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 772
2-123. 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 776

2-124. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장
특별약관 ····· 778

Ⅲ. 상해 및 질병관련 특별약관

[3종] 3-1. 보험료납입면제대상(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 783
[4종] 3-2. 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단,
상해/질병후유장해80%이상)(3.10.10간편가입) 특별약관 ···· 789
3-3. 깁스치료비보장 특별약관 ····· 794
3-4. 인공관절수술비보장 특별약관 ····· 796
3-5. 고관절인공관절수술비보장 특별약관 ····· 798

Ⅳ. 갱신형 보장 특별약관

4-1. 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ·· 802
4-2. 갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 804
4-3. 갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 · 808
4-4. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 814
4-5. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 822
4-6. 갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 829
4-7. 갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 832
4-8. 갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 835
4-9. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 838
4-10. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 841
4-11. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)

보장 특별약관 ····· 844
4-12. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 847
4-13. 갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 851
4-14. 갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 853
4-15. 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 856
4-16. 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 861
4-17. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 866
4-18. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 873
4-19. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 880
4-20. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,
연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 888
4-21. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 898
4-22. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,
치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 906
4-23. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)
보장 특별약관 ····· 916
4-24. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 923
4-25. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 932
4-26. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,
치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 940
4-27. 갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 949

4-28. 갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년, 연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 959
4-29. 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 970
4-30. 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 979
4-31. 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) (3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 987
4-32. 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년, 연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 995
4-33. 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 1004
4-34. 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 1009
4-35. 갱신형 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 1013
4-36. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외) (최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 1020
4-37. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외) (연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 1028
4-38. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 1036
4-39. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 ····· 1045
4-40. 갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한) (3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 1054
4-41. 갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한) (3.10.10간편가입)보장 특별약관 ····· 1062

Ⅴ. 제도성 특별약관

5-1. 보험료자동납입 특별약관 ····· 1065
5-2. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관 ····· 1066

5-3. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 1067
5-4. 전자서명 특별약관 ····· 1070
5-5. 장애인전용보험전환 특별약관 ····· 1071
5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관 ····· 1076
5-7. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관 ····· 1080

별 표

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 1083
【별표2】 장해분류표 ····· 1084
【별표3】 1~5종 수술분류표 ····· 1119
【별표4】 의료기관의 시설규격 ····· 1126
【별표5】 5대골절 분류표 ····· 1128
【별표6】 골절(치아파절 제외) 분류표 ····· 1129
【별표7】 골절 분류표 ····· 1130
【별표8】 화상 분류표 ····· 1131
【별표9】 144대질병 분류표 ····· 1132
【별표9-1】 27대질병 분류표 ····· 1132
【별표9-2】 11대질병 분류표 ····· 1136
【별표9-3】 59대생활질환 분류표 ····· 1138
【별표9-4】 43대생활질환 분류표 ····· 1143
【별표9-5】 다빈도4대질병 분류표 ····· 1147
【별표10】 특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암) 분류표 ··· 1149
【별표11】 악성신생물(암) 분류표 ····· 1150
【별표12】 제자리신생물 분류표 ····· 1152
【별표13】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 1153
【별표14】 뇌출혈 분류표 ····· 1154
【별표15】 뇌졸중 분류표 ····· 1155
【별표16】 뇌혈관질환 분류표 ····· 1156
【별표17】 급성심근경색증 분류표 ····· 1157
【별표18】 허혈성심장질환 분류표 ····· 1158
【별표19】 특정순환계질환(1~5종)분류표 ····· 1159
【별표20】 심근병증 분류표 ····· 1163

【별표21】 주요심장염증질환 분류표 ····· 1164
【별표22】 심혈관특정질환Ⅰ 분류표 ····· 1165
【별표23】 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표 ····· 1166
【별표24】 요로결석 분류표 ····· 1167
【별표25】 통풍 분류표 ····· 1168
【별표26】 대상포진 분류표 ····· 1169
【별표27】 악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표 ····· 1170
【별표28】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 ····· 1172
【별표29】 특정질병 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 ····· 1173
【별표30】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1185
【별표31】 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1189
【별표32】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1190
【별표33】 양성뇌종양Ⅱ 분류표 ····· 1192
【별표34】 1~8종 수술 및 시술 분류표 ····· 1193
【별표35】 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표 ····· 1221
【별표35-1】 중증질환자(암) 산정특례대상 질병 분류표 ····· 1222
【별표36】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표 ····· 1225
【별표36-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 ····· 1226
【별표36-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 ····· 1227
【별표37】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표 ····· 1228
【별표37-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 ····· 1229
【별표37-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 ····· 1230
【별표37-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 ····· 1233
【별표38】 중증화상 산정특례대상 분류표 ····· 1234
【별표38-1】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 ····· 1235
【별표38-2】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술 ····· 1237
【별표39】 중증외상 산정특례대상 분류표 ····· 1238
【별표40】 전이암 분류표 ····· 1239
【별표41】 특정허혈성심장질환 분류표 ····· 1240
【별표42】 특정뇌혈관질환 분류표 ····· 1241
【별표43】 특정4대질병 분류표 ····· 1242
【별표44】 특정허혈성심장질환Ⅱ 분류표 ····· 1243
【별표45】 통합상해사고 분류표 ····· 1244

【별표46】 통합암(유사암제외) 분류표 ····· 1249
【별표47】 전이암 II 분류표 ····· 1252
【별표48】 급여 창상봉합술 대상 수가코드 ····· 1253
【별표49】 급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 대상 수가코드 ····· 1256
【별표50】 아나필락시스쇼크 분류표 ····· 1258
【별표51】 주요관절손상 분류표 ····· 1259
【별표51-1】 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 ····· 1262
【별표52】 부인과질병 분류표 ····· 1266
【별표53】 여성생식기암 분류표 ····· 1267
【별표54】 자궁적출수술 분류표 ····· 1268
【별표55】 뇌정위적방사선수술 분류표 ····· 1269
【별표56】 뇌심혈관질환 분류표 ····· 1270
【별표57】 급여 뇌심혈관조영술검사 분류표 ····· 1273
【별표58】 급여 뇌심혈관질환 검사 분류표 ····· 1274
【별표59】 충수염(맹장염) 분류표 ····· 1278
【별표60】 추간판탈출증 분류표 ····· 1279
【별표61】 요실금 분류표 ····· 1280
【별표62】 요실금수술(급여) 분류표 ····· 1281
【별표63】 급여 관상동맥성형술 분류표 ····· 1282
【별표64】 항암방사선치료후 5대합병증 분류표 ····· 1283
【별표65】 항암방사선치료후 4대합병증 분류표 ····· 1285
【별표66】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 ····· 1286
【별표67】 심장질환 분류표 ····· 1288
【별표68】 경증질환 분류표 ····· 1289

약관 인용 법·규정 ····· 1290
색인 ····· 1335

가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

보험 계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질환 치료사실 등을 회사에 고지하지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질환 치료사실 등을 직원 등에게 구두(말)로만 고지한 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 암보장 등 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

상해 및 질병관련 보장

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

재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 보험계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 보험계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

갱신형 보장

- 회사는 갱신형 보장의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.
- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형 보장의 약관은 최초 계약 시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

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

보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

암 관련 보장

- 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병의 진단 확정일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년, 2년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

수술 관련 보장

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

입원 관련 보장

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

배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일(계약을 청약한 날부터 30일) 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약, 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고

의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장 및 배상책임보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

7. 계약의 소멸(재물보장 관련)

7-1) 계약의 소멸(비례보상)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험의 목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

7-2) 계약의 소멸(실손보상)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험의 목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

- 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- 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)

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 보험계약자는 해지

된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

10. 위법 계약의 해지

계약자는 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 통지하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지합니다. 해지요구에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 약관에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

* 적합성 원칙, 적정성 원칙, 설명의무, 불공정영업행위금지, 부당권유행위금지 (허위, 과장광고 금지)

11. 중도인출

보장개시일부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수(보험년도 기준)로 제한됩니다.

12. 계약 전·후 알릴 의무

계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

가. 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험(「공제」를 포함합니다)자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우

나. 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우

다. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우

라. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

마. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

바. 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.)

사. 기타 위험이 증가하는 경우

알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

13. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조

사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.
만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

14. 보험금의 지급절차(재산손해 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

15. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

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

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

16. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

보험계약 당사자

- 보험회사, 보험계약자

가. 보험회사 : 보험사고 발생 시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사

나. 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

보험계약 관계자

- 피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해보장>

가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함

나. 보험수익자 : 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람

다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

<배상책임보장>

가. 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람

나. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 금액

보험목적 <배상책임보장>

- 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화

보험가액 <배상책임보장>

- 피보험이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액

보험가입금액

- 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액

보험금

<신체손해보장>

- 피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

<배상책임보장>

- 피보험자의 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

보험기간

- 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간

보장개시일

- 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험계약일

- 계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함

보험년도

- 보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약해당일 전일까지의 기간)를 말함

계약자적립액

- 장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해약환급금

- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

(무) NH헤아림3.10.10건강보험2504
보통약관

3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형),
4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 상해 및 질병에 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 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 관련 용어
   - 가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신

체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장해 : 【별표2】 『장해분류표』에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 한국표준질병사인분류 : 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 해당 질병(항목) 이외에 추가로 이에 해당하는 질병(항목)이 있는 경우에는 그 질병(항목)도 포함하는 것으로 합니다. 진단서 상의 분류번호는 제8차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원
- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의「업무자료/보험업무」내「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.

다. 적용이율 : 보험료 산출시 적용한 이율로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

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

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보장보험료 : 보험금을 지급하는데 필요한 순보험료와 부가보험료로 구성되어있습니다.

나. 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

6. 기타 관련 용어

순수보장성 보험 : 계약의 만기시에 지급되는 보험금이 전혀 없는 보장성 보험을 말합니다. 이 상품의 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형), 4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)은 순수보장성 보험으로 회사는 계약자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 ,보험가입금액을 일반상해사망 보험금으로 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.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같다.

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 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

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.

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

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.

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

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

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서,

의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유

또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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

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

【가지급보험금】

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 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 제15조(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.

제9조(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 금액과 적용이율을 연단위 복리로 계산한 금액 중 큰 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

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

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

제11조(보험수익자의 지정)

계약자는 보험수익자를 지정할 수 있으며, 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 그 외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자

를 대리하는 것으로 합니다.

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(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】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무 이행 절차】

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기

재하고 자필서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

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

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제14조(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. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

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

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

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

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

【계약자적립액】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

【중대한 과실】
주의의무의 위반이 현저한 과실,「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제15조(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 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초계약 해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한

고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(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 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 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(사기 사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단

일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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

⑥ 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 이 약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(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.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등

을 포함하며「금융소비자보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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

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

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약 제8조(보험금의 지급절차)에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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

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

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다.

만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】

사회통념에 비추어 고객이 보험계약체결의 여부나 대가를 결정하는 데 직접적인 영향을 미칠 수 있는 사항을 말하는 것으로서, 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계, 보험청약서상 기재사항의 변동 및 보험자의 면책사유 등 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
- 만기 시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자가 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날 부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】
서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말합니다.

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

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제20조(계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한

금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 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 이 계약을 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 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.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의 2(타인의 생명보험)】

법 제731조 제1항에 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

【심신상실자 및 심신박약자】

<심신상실자>

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

<심신박약자>

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

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만 해약환급금 미지급형 상품의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【부가설명】

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다. 다만 3종(해약환급금미지급형II(납입중0%,납입후50%), 납입면제형) 및 4종(해약환급금미지급형II(납입중0%,납입후50%),납입면제미부가형)의 경우 보험종목을 변경할 수 없습니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약 시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

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 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1990년 10월 2일, 현재(계약일) : 2030년 4월 13일

⇒ 2030년 4월 13일 - 1990년 10월 2일 = 39년 6월 11일 = 40세

【계약해당일】

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

(예시)

계약일 : 2030년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일

계약일 : 2030년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제23조(계약의 소멸)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 일반상해사망 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸되며, 이 경우「보험료

및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(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 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(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.

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)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.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25-1조(보험료 납입면제)[3종에 한함]

① 회사는 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
2. 보험료 납입기간 중 진단 확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표2】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
3. 「암보장개시일」 이후에 「암」으로 진단 확정된 경우
4. 「뇌졸중」으로 진단 확정된 경우
5. 「급성심근경색증」으로 진단 확정된 경우

② 제1항 제3호의 「암보장개시일」은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 계약의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 제1항 제3호의 「암보장개시일」 전일 이전에 진단 확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제1항 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 해당 질병과 관련된 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

다만, 청약일부터 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단 확정 받더라도 「보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암」으로 추가 진단(단순 건강 검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 보장보험료의 납입을 면제합니다.

④ 제3항의 「보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

⑦ 제1항 제3호 내지 제5호에서 정한 질병의 정의 및 진단확정은 「III. 상해

및 질병관련 특별약관 [3종] 3-1. 보험료납입면제대상(3.10.10간편가입) 보장 특별약관」 제4조(암의 정의 및 진단확정), 제5조(뇌졸중의 정의 및 진단확정), 제6조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)을 따릅니다.

⑧ 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 장해상태에 대한 판정기준은「III. 상해 및 질병관련 특별약관 [3종] 3-1. 보험료납입면제대상(3.10.10간편가입) 보장 특별약관」 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 보험사고가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

⑩「IV. 갱신형 보장 특별약관」에 해당하는 특별약관의 경우에는 제1항 내지 제6항에 따라 보험료 납입면제가 되었더라도 해당 보험기간의 만기가 도래하여 새롭게 자동 갱신되는 경우 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장보험료를 계속 납입하여야 합니다.

다만, 갱신 후 계약의 보험기간 중 제1항에서 정한 보험사고가 발생한 경우에는 납입면제를 새롭게 적용하며, 이 경우 갱신계약의「암」에 대한 보장개시일은 해당 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑪ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

⑫ 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 납입면제 사유가 발생한 경우에는 제6조(보험금 지급사유의 통지)에 따라 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동

으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금)제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

【자동대출납입】

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

제27조(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)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으

로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드리며, 해지 전에 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우 회사는 계약을 해지하지 않고 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 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 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

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

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않을 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제29조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

【용어풀이】

1. 강제집행이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. 국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.
   법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
   또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제20조(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 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(위법계약의 해지)

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

【위법계약】
금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

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 제33조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제31조(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 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제32조(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 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라

계산합니다.

【 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)의 해약환급금 관련 유의사항 】

1. 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형보다 일반적으로 저렴한 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
   다만, 보험료 납입기간 완료 이후 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)의 해약환급금은 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 하며, 부가된 갱신형 특별약관의 경우 전체 보험기간 동안 해약환급금이 없습니다.
2. 회사는 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형) 및 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

【 4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)의 해약환급금 관련 유의사항 】

1. 4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형보다 일반적으로 저렴한 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
   다만, 보험료 납입기간 완료 이후 4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)의 해약환급금은 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 하며, 부가된 갱신형 특별약관의 경우 전체 보험기간 동안 해약환급금이 없습니다.
2. 회사는 4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형) 및 표준형의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
④ 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해약환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.
⑤ 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 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 제27조(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.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는

자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

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

제37조(관할법원)

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

제38조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2030년 4월 1일에 발생하였음에도 2033년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제39조(약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

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.

제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

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

【보험안내자료】
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제42조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조(준거법)

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

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 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.

다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

(무) NH헤아림3.10.10건강보험2504 특별약관

3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형)
4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)

Ⅰ. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(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 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-2. 일반상해후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(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 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-3. 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)(3.10.10간편가입)
② 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)(3.10.10간편가입)
③ 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)(3.10.10간편가입)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써「통합상해사고」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 세부보장에 따라 각각 부위별로 연간 1회에 한하여 아래와 같이 통합상해진단비를 지급합니다.

구 분	부위	지급금액
1. 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
2. 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
3. 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(통합상해사고의 정의)

① 이 특별약관에서「통합상해사고」라 함은「통합상해사고 분류표」(【별표45】통합상해사고 분류표 참조)에서 정한 상해사고를 말합니다.

②「통합상해사고」진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「통합상해사고」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-4. 골절진단비(치아파절제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표6】 『골절(치아파절제외) 분류표』에서 정한 골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고

로 골절(치아파절제외)과 치아파절이 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-5. 5대골절진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표5】 『5대골절 분류표』에서 정하는 5대골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-6. 화상진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표8】 『화상 분류표』에서 정한 화상으로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「화상」이라 함은 【별표8】 『화상 분류표』에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-7. 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「아나필락시스쇼크」로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)으로 보험수익자

에게 지급합니다.

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(아나필락시스쇼크의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「아나필락시스쇼크」라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아나필락시스쇼크로 분류되는 상병(【별표50】『아나필락시스쇼크 분류표』참조)을 말합니다.

【용어풀이】

아나필락시스쇼크는 외부에서 들어온 물질에 대해 급격하게 매우 심각하고 전신적으로 나타나는 면역반응으로, 호흡곤란이나 혈압저하, 의식저하 등이 발생할 수 있으며, 적절한 치료를 시행하지 않을 경우 사망에 이르기도 합니다.

②「아나필락시스쇼크」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가「아나필락시스쇼크」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-8. 일반상해수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두가지 이상의 상해수술을 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 규

정한 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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-9. 일반상해수술비Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술(창상봉합술제외)을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「창상봉합술」이라 함은 제4조(창상봉합술의 정의)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두가지 이상의 상해수술을 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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(창상봉합술의 정의)

① 이 특별약관에서「창상봉합술」이라 함은「급여 창상봉합술 대상 수가코드」(【별표48】 급여 창상봉합술 대상 수가코드)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로「급여 창상봉합술」의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항의「창상봉합술」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산

2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. 【별표48】 『급여 창상봉합술 대상 수가 코드』에 해당 하는 창상봉합술

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-10. 일반상해수술비(1~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 일반상해수술비(1~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 5개의 세부보장[일반상해수술비(1종)(3.10.10간편가입), 일반상해수술비(2종)(3.10.10간편가입), 일반상해수술비(3종)(3.10.10간편가입), 일반상해수술비(4종)(3.10.10간편가입), 일반상해수술비(5종)(3.10.10간편가입)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써 【별표3】 『1~5종 수술분류표』에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래 금액을 일반상해수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술 종류	지급금액
일반상해수술비(1종)	일반상해수술비(1종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(2종)	일반상해수술비(2종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(3종)	일반상해수술비(3종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(4종)	일반상해수술비(4종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(5종)	일반상해수술비(5종)보장 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 일반상해수술비(1~5종)을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 일반상해수술비(1~5종)을 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-11. 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표34】 1~8종 수술 및 시술 분류표)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 수술 및 시술의 종류 에따라 아래 금액을 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

수술 종류	지급금액	예시 (보험가입금액 300만원 기준)
1종	보험가입금액의 1/100 지급	3만원
2종	보험가입금액의 1/100 지급	3만원
3종	보험가입금액의 1/50 지급	6만원
4종	보험가입금액의 1/20 지급	15만원
5종	보험가입금액의 1/6 지급	50만원
6종	보험가입금액의 1/3 지급	100만원
7종	보험가입금액의 2/3 지급	200만원
8종	보험가입금액 지급	300만원

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 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【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의「수술시술코드」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.

【용어 해설】

【 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) 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의「수술시술코드」에서 향후「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【예시 안내】

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

【 예시 】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)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 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원 없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 지급합니다.

【예시 안내】

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【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 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 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시 안내】

자동차보험 또는 산재보험 등「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

· 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

· 의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.

⑦「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」,「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」,「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경

우에도 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

6. 회사는【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
7. 회사는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-12. 일반상해통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해통원수술비(당일입원포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해통원수술을 받거나 같은 종류의 상해

통원수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 일반상해통원수술비(당일입원 포함)만 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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산

2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트 렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-13. 일반상해입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 퇴원 없이 계속 2일이상 입원하는 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원수술비(당일입원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해입원수술을 받거나 같은 종류의 상해입원수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 일반상해입원수술비(당일입원제외)만 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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트 렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-14. 골절수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표7】 『골절 분류표』에서 정한 골절로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받을 경우에는 한 종류의 골절수술비만을 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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를

사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생된 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-15. 화상수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 직접결과로써【별표8】『화상 분류표』에서 정한 화상으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특

별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「화상」이라 함은 【별표8】 『화상 분류표』에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술비만을 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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생된 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-16. 상해흉터복원수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 받는 성형수술을 받은 경우에는 1사고당 500만원을 한도로 아래의 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.(다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)

(보험가입금액 7만원 기준)

구분	안면부	상지・하지
상해흉터복원수술비	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한합니다)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-17. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해재활치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는「입원 상해재활치료(급여)」횟수와「통원상해재활치료(급여)」횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.

③ 제2항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진

자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(상해재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「상해 재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다.

②「상해 재활치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 원인 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-18. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해재활치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는「입원 상해재활치료(급여)」횟수와「통원상해재활치료(급여)」횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

③ 제2항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(상해재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「상해 재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다.

②「상해 재활치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 원인 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료

비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-19. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해재활치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는「입원 상해재활치료(급여)」횟수와「통원상해재활치료(급여)」횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합니다.

③ 제2항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(상해재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「상해 재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다.

②「상해 재활치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 원인 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-20. 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로「급여 창상봉합술」을 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	창상봉합술(안면 또는 경부)	창상봉합술 (안면과 경부 이외)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것

② 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.
③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급여 창상봉합술의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 창상봉합술」이라 함은「급여 창상봉합술 대상 수가코드」(【별표48】급여 창상봉합술 대상 수가코드)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다. 다만, 창상봉합술(안면 또는 경부) 중 길이 3CM 미만 또는 근육에 달하지 않는 것(분류번호 S0021, S0022, SA021, SA022), 창상봉합술(안면과 경부이외) 중 길이 5cm 미만 또는 근육에 달하지 않는 것(분류번호SB021, SB022, SC021, SC022)에 해당하는 창상봉합술은 제외합니다.
② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로「급여 창상봉합술」의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 창상봉합술 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·

결정한「심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의「급여 창상봉합술」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-21. 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)은 연간 3회한도로 보장합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

④ 제1항에서의 「안면부」라 함은 이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴부분을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급여 안면부창상봉합술(3cm이상)의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」이라 함은「급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 대상 수가코드」(【별표49】 급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 대상 수가코드)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진

이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-22. 골절진단한방치료비(치아파절제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표6】 『골절(치아파절제외) 분류표』에서 정한 골절로 진단 확정된 후 그 치료를 목적으로 첩약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 골절진단한방치료비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액(1회당)	한사고당 최대지급횟수
골절진단한방치료비 (치아파절제외)	첩약치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%	3회
	약침치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회
	특정한방물리요법 치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%	5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 첩약치료는 하나의 골절 사고당 3회를 한도로 하며, 첩약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.

1. 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 1회의 첩약치료로 하며, 하나의 처방에서 21첩이상 40첩이하인 경우는 2회, 41첩이상인 경우는 3회로 봅니다.
2. 첩약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20첩)에 준하는 분량을 첩약치료 1회로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 약침치료는 하나의 골절 사고당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 특정한방물리요법치료는 하나의 골절 사고당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 특정한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 특정한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.

④ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 하나의 골절 사고로 보아 제1항 내지 제3항을 적용합니다.

⑤ 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)

분류표(【별표6】『골절(치아파절제외) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정 되고, 해당 사고에 대하여 잔여 지급보장횟수가 있는 경우 보험기간이 끝나더라도 그 첩약치료, 약침치료 또는 특정한방물리요법치료에 대해서는 보험기간 종료 후 180일(보험기간 종료일은 제외합니다)까지 각각 잔여 지급 보장횟수를 한도로 보장하여 드립니다.

⑥ 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(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)

① 이 특별약관에서「첩약」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한「한약」또는「한약재」및 약사법 제2조에서 정한「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단,「한약제제 급여목록 및 상한금액표 별표1 한약제제급여목록표 (보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

② 이 특별약관에서「약침」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로,「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단,「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및

처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

③ 이 특별약관에서「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서,「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제3조(첩약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의)에도 불구하고 법령(「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」,「한약제제 급여목록 및 상한금액표」및 관련 법령을 말하며, 이하 같습니다)의 개정에 따라 첩약 또는 약침의 범위가 변경된 경우에는 첩약치료 또는 약침치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 관련 법령의 개정으로「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」및「한약제제 급여목록 및 상한금액표」가 폐지 또는 변경되어 첩약치료 또는 약침치료에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 직·간접을 묻지 않고 치아파절손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항을 따릅니다.

③ 제1항 및 제2항 이외에도 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해

에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약 등의 목적으로 치료를 받은 경우
2. 첩약치료 및 약침치료가 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 부분으로만 행해진 경우
3. 외모개선 목적으로 치료를 받은 경우
4. 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 한의원이 아닌 의료기관 또는 해외 소재 의료기관에서 치료를 받은 경우

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 입원·통원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 치료항목과 횟수를 확인할 수 있는 진료확인서 및 진료기록부 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-23. 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관은 3개의 세부보장 [주요관절손상수술치료비(팔꿈치, 손목, 발목), 주요관절손상수술치료비(어깨,무릎), 주요관절손상수술치료비(고관절)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써「주요관절손상」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에는 아래 각 호에 해당하는 주요관절의 부위별로 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 팔꿈치, 손목, 발목의 손상수술치료	「주요관절(팔꿈치, 손목, 발목) 손상」으로「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우	주요관절손상수술치료비 (팔꿈치, 손목, 발목) 보장의 보험가입금액 (연간1회한)
2. 어깨,무릎의 손상수술치료	「주요관절(어깨,무릎)손상」으로「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우	주요관절손상수술치료비 (어깨, 무릎) 보장의 보험가입금액 (연간1회한)
3. 고관절의 손상수술치료	「주요관절(고관절)손상」으로「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우	주요관절손상수술치료비 (고관절) 보장의 보험가입금액 (연간1회한)

② 제1항에서 연간이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(주요관절손상의 정의)

이 특별약관에 있어「주요관절손상」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「주요관절손상」으로 분류되는 상병(【별표51】『주요관절손상분류표』참조)을 말합니다.

제4조(급여 주요관절손상수술치료의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 주요관절손상수술치료」라 함은「주요관절손상」의 치료를 목적으로【별표51-1】『주요관절손상수술치료 대상 수가코드』에 해당하는 수술을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위급여・비급여 목록 및 급여 상대가치점수」및「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한「급여 주요관절손상수술치료」에 준하여「급여 주요관절손상수술치료」을 결정합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한「급여 주요관절손상수술치료」외에「급여 주요관절손상수술치료」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-24. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원 등

에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

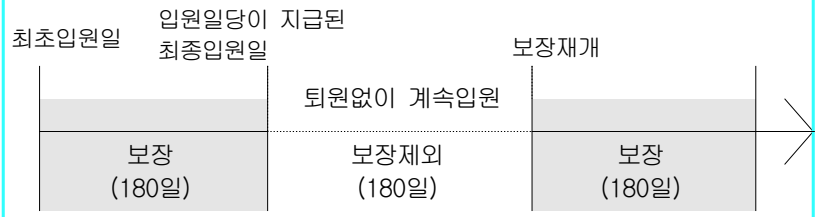
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 일반상해입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【일반상해입원일당(1일이상180일한도)[예시]】



④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 일반상해입원일당(1일이상180일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(1일이상180일한도)을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은

경우에는 회사는 일반상해입원일당(1일이상180일한도)의 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. 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 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-25. 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

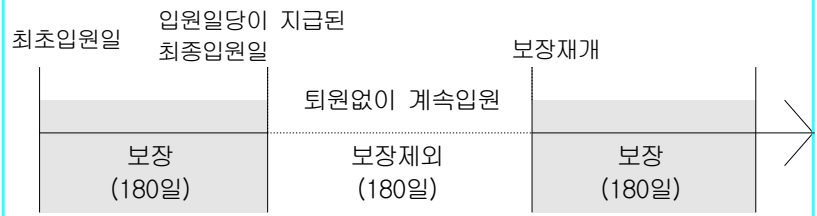
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】 『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제1항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)[예시]】



③ 이 특별약관에서「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 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) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-26. 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

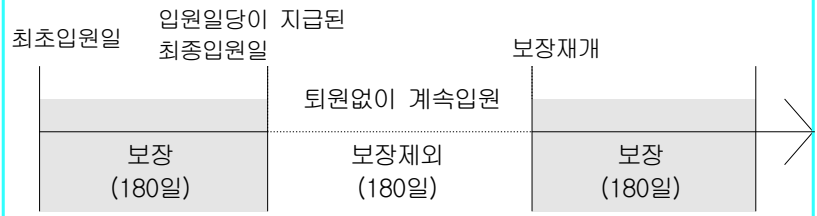
① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터

180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)[예시]】



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

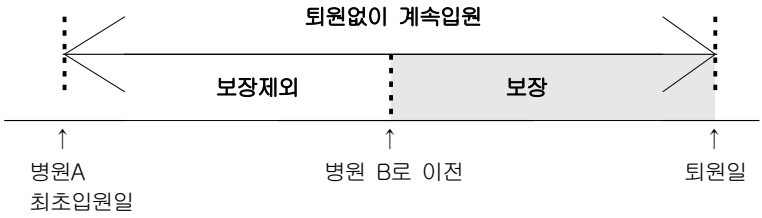
⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

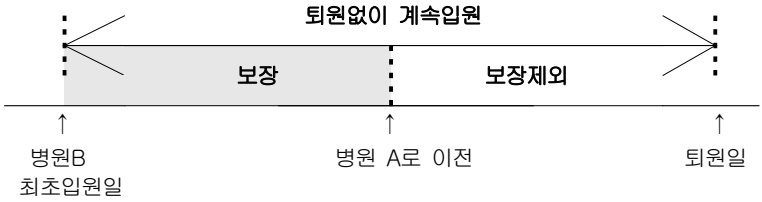
⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

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.

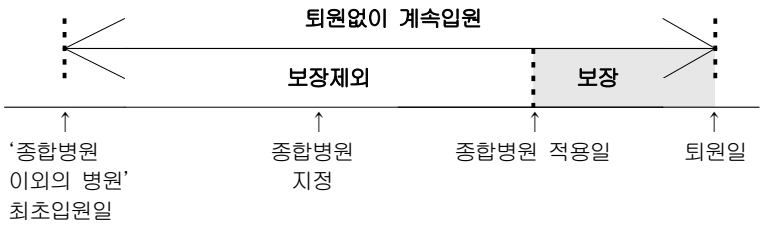
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



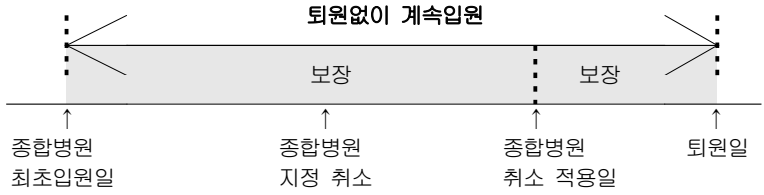
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료

가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-27. 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합

니다.

② 1항의「1인실」은「특실」병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상 30일한도)을 지급합니다.

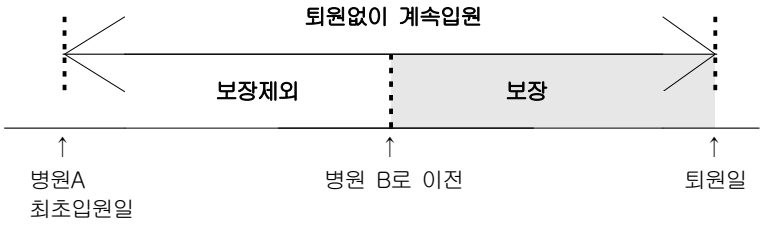
⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원

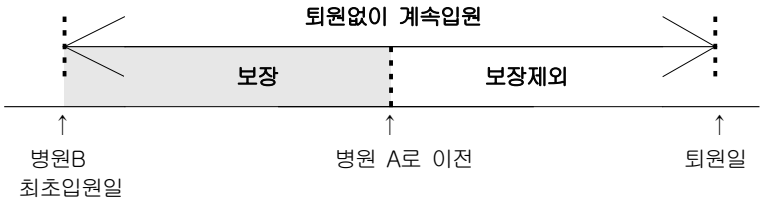
지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

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.

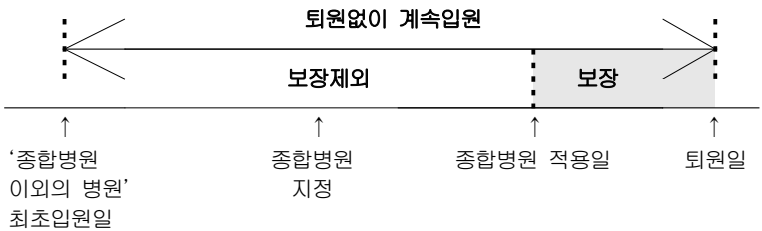
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



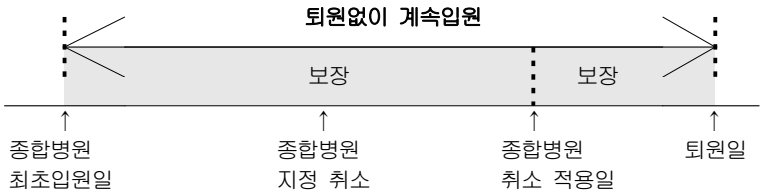
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료

가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-28. 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30

일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

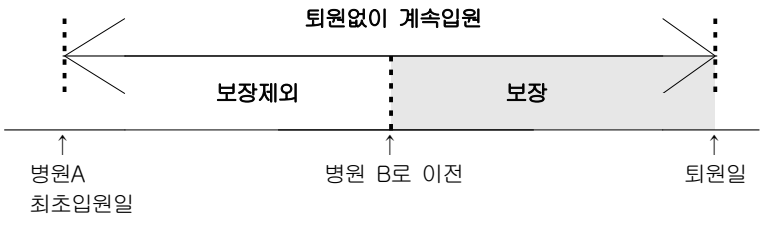
⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

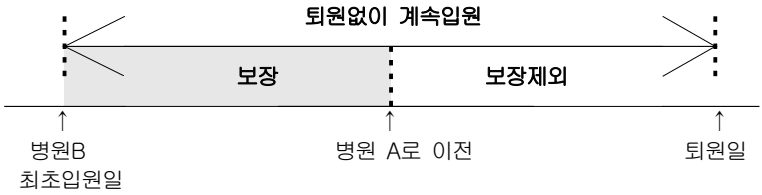
⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

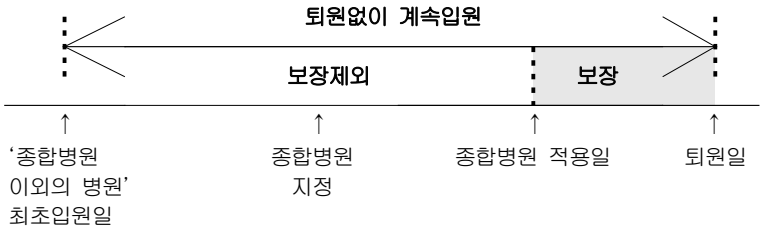
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



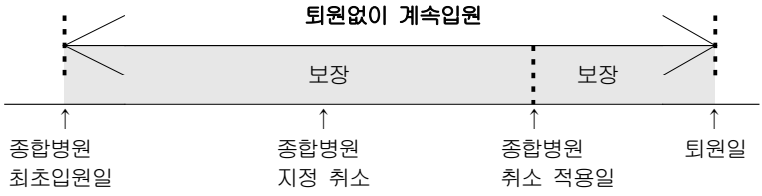
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-29. 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 4~5인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

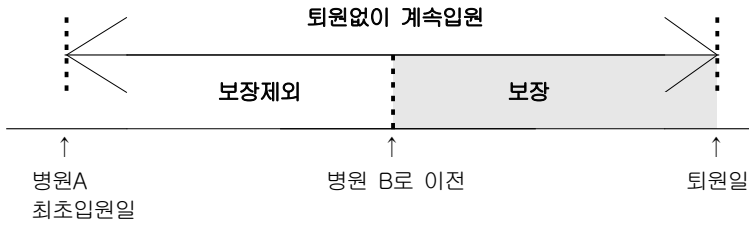
⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

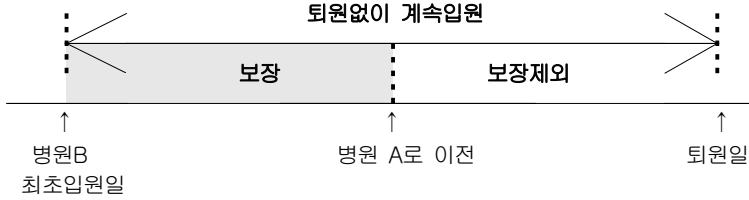
⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

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.

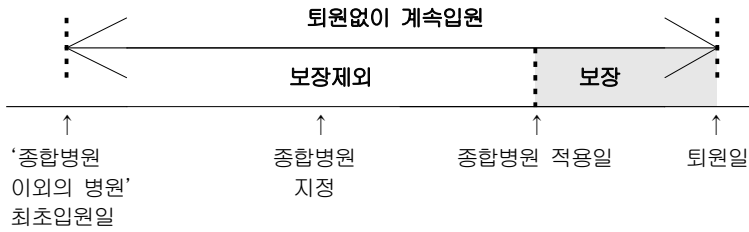
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



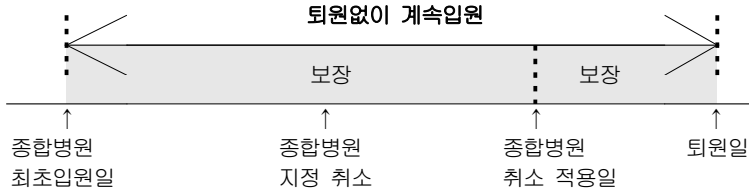
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-30. 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

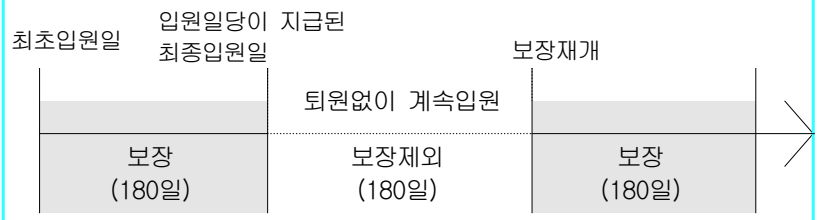
① 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같

이 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)[예시]】



④ 이 특별약관에서「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180

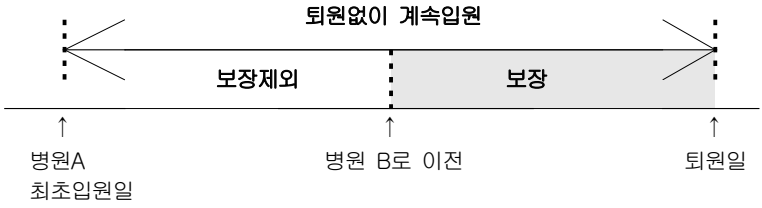
일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

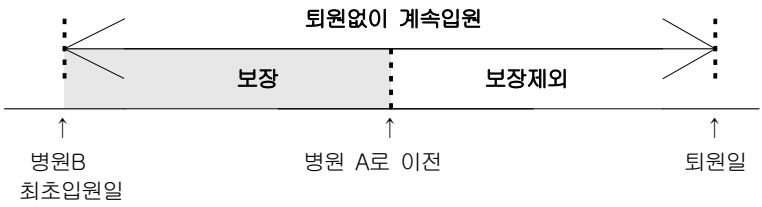
⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

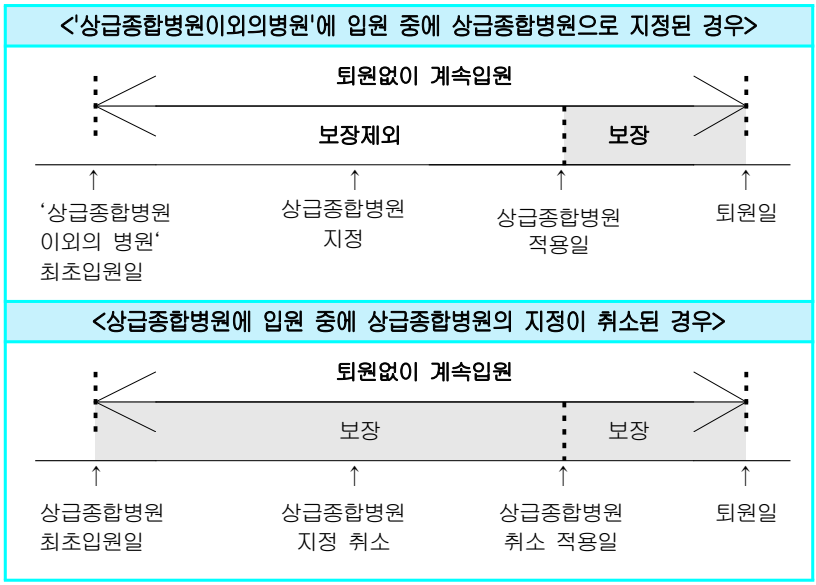
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 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) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할것

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 따른평가를 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(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(상급종합병원의 정의)의 '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 경우에는 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. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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, 가입

금액 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.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-31. 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상

해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

② 1항의「1인실」은「특실」병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 경우 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외

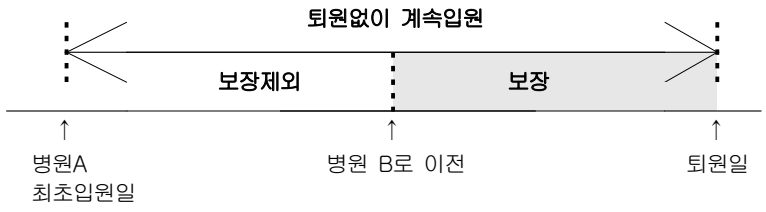
의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원1인실입원일당(1일이상60일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.

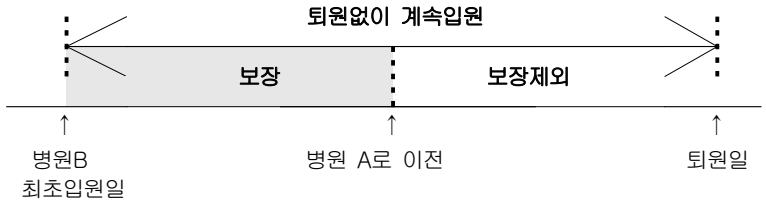
⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.

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.

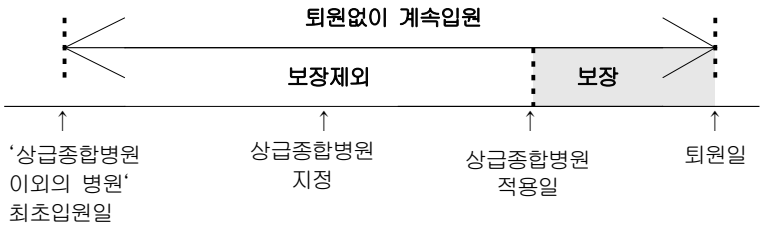
<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



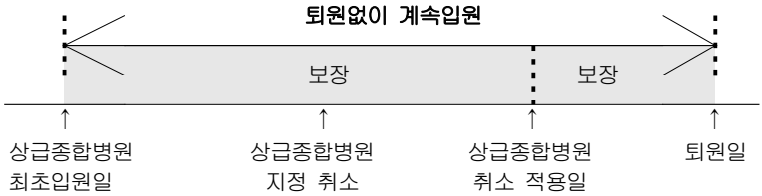
<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원이외의병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-32. 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3,10,10간편가입)보장 특별약관

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 경우 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조

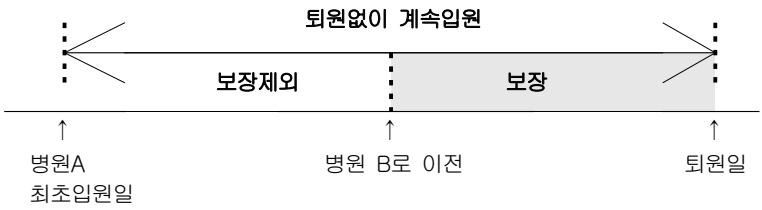
(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

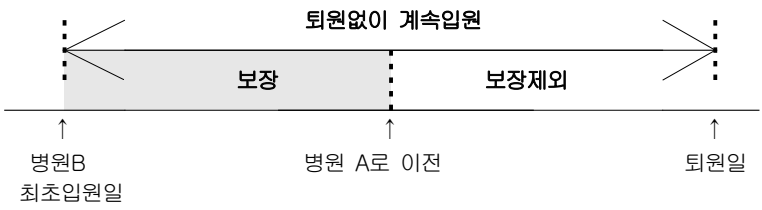
⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

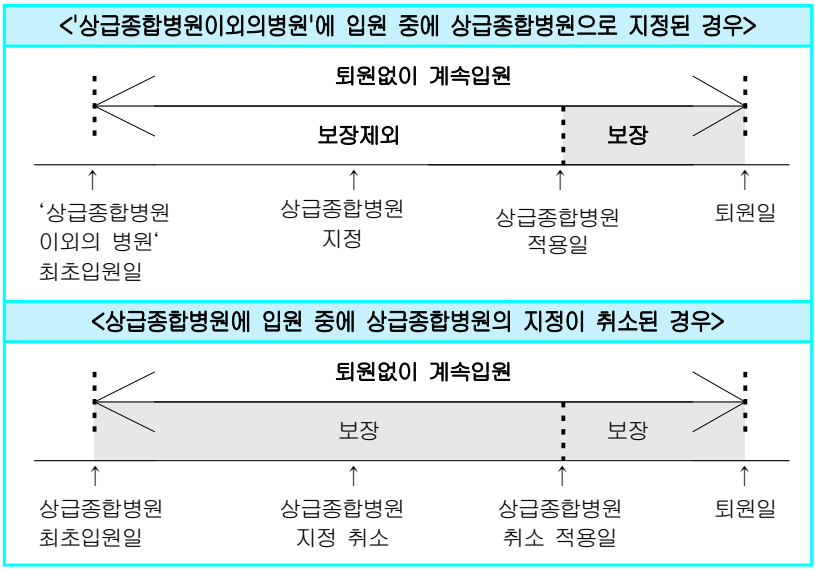
⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및

전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-33. 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 4~5인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 경우 상급종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

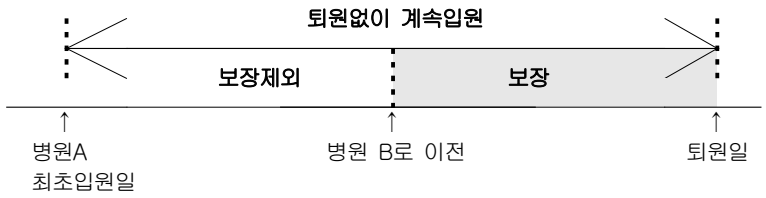
⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

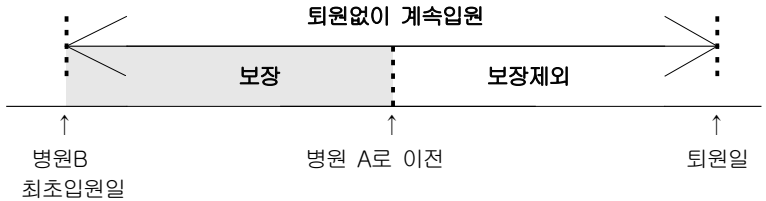
⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

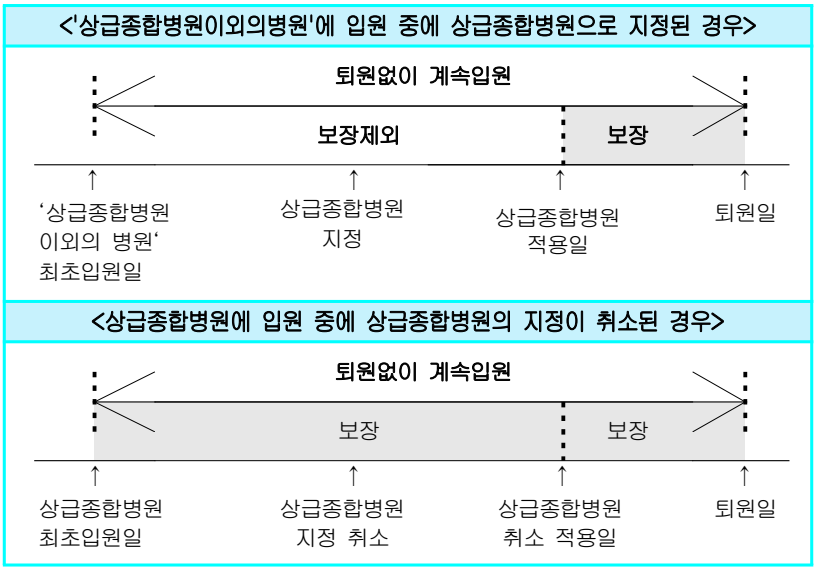
⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및

전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-34. 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

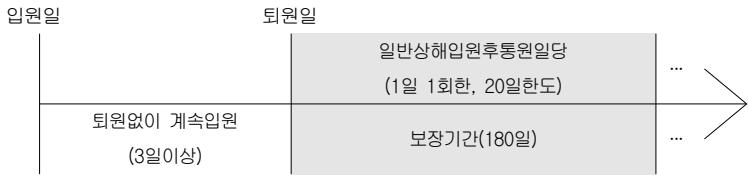
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「입원후통원」이라 합니다)에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원후통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해의 직접결과로써 3일이상 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 퇴원 없이 계속 입원하여 치료를 받고 퇴원한 경우
2. 상해의 직접결과로써 제1호의 퇴원일(이하 일반상해입원후통원일당의 '기준일'이라 합니다)부터 180일 이내에 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 통원한 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 일반상해입원후통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 20일을 한도로 합니다.

【 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 보장기간[예시] 】



※ 피보험자가 해당 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원(통원) 하더라도 치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원에 입원(통원)한 경우에는 보험금 지급사유에서 제외됩니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다시 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다)한 경우에는 퇴원 없이 계속 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

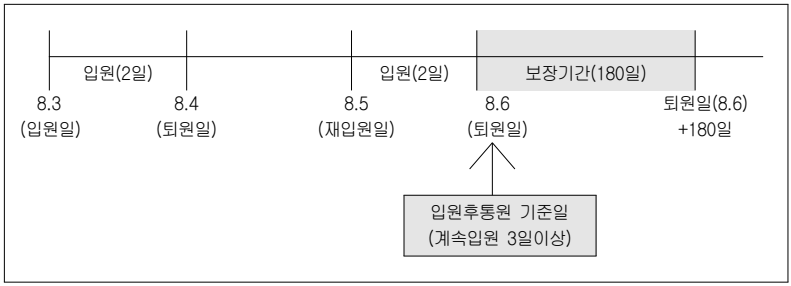
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 퇴원 일을 포함하여 2일이 지난 이후

에는 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다시 입원하더라도 일반상해입원후통원일당의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않습니다.

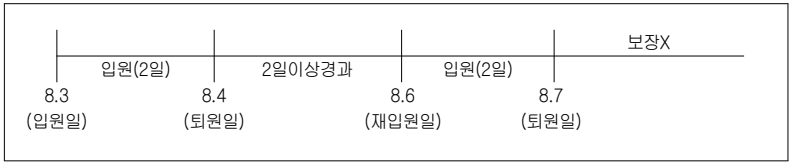
③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원후통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

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.

[보상예시] 퇴원한 다음날까지 동일한 상해로 재입원시

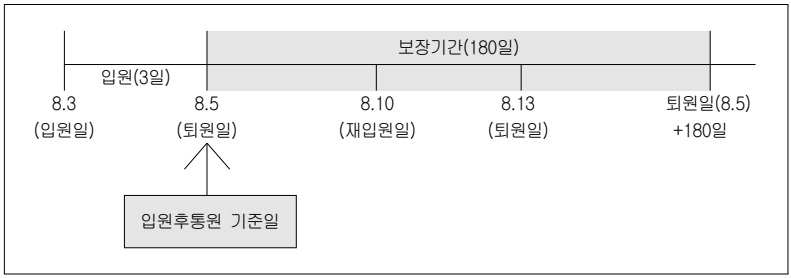


⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 상해로 재입원시 퇴원없이 계속입원한 것으로 보아 입원일수를 합산함



⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 재입원하지 않은 경우 입원일수를 합산하지 않음 (계속입원일이 3일 미만으로 입원후통원 미해당)

[보상예시] 퇴원일 포함 2일이 지난 이후에 동일한 상해로 재입원시



⇒ 동일한 상해로 다시 입원하더라도 입원후통원의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않음

제3조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

[유의사항]

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조(병원 등의 정의)

① 이 특별약관에서「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특별약관에서「치과의원」및「한의원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 치과의원 및 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과의원 및 한의원을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「치과병원」및「한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 치과병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과병원 및 한방병원을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 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.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-35. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해가 발생하고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질

적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%

② 제1항의 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【지급금액 예시】

- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 : 2030년 5월 1일 ~ 2030년 5월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  1. 2030년 5월 12일 ~ 5월 17일 : 총 사용일수 6일, 총 사용금액 66만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
     → 2만원 × 6일 = 12만원 지급
  2. 2030년 5월 21일 ~ 5월 25일 오전, 5월 25일 오후, 5월 26일 오후 ~ 5월 28일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 48만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
     → 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 14일, 보험금 12만원 + 8만원 = 20만원 지급

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

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

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

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 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. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요

하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

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

② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험

료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-36. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해가 발생하고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

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

② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조

제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-37. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한

상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

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

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
   단, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아

림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-38. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목

적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

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

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필

수진료과목"이라 한다) 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 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

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

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

   단, 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-39. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요

하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

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

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무

환경 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.

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

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

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

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

II. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-2. 질병후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여【별표2】『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 질병후유장해(80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
질병후유장해(80%이상) 보험금	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180

일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2】 『장해분류표』에 해당되지 않은 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2】 『장해분류표』의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보

험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병후유장해(80%이상)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-3. 질병후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여【별표2】『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래에 정한 금액을 질병후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
질병후유장해(80%미만)보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 『장해분류표』에서 정한 장해지급률 × 50%	이 특별약관 보험가입금액 × 『장해분류표』에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표2】『장해분류표』의 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③【별표2】『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표2】『장해분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표2】『장해분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해(80%미만)보험금을 지급하지 않습니다.

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

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병후유장해(80%미만)보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병후유장해(80%미만)보험금에서 이미 지급받은 질병후유장해(80%미만)보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 질병후유장해(80%미만)보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병후유장해(80%미만)보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병후유장해(80%미만)보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병후유장해(80%미만)보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 질병후유장해(80%미만)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적

립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-4. 암후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

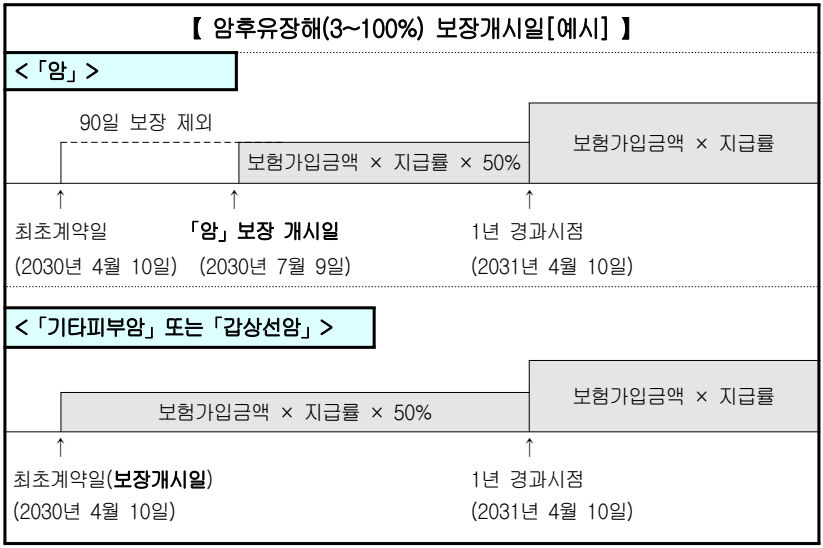
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 정한 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 인하여 보험기간 중에 장해분류표(【별표2】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 아래에 정한 금액을 암후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암후유장해(3~100%)	이 특별약관 보험가입금액 × 『장해분류표』에서 정한 장해지급률 × 50%	이 특별약관 보험가입금액 × 『장해분류표』에서 정한 장해지급률

② 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」의 보장개시일은 계약일로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않은 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저

지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 암후유장해(3~100%)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만,

전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-5. 2대질병후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 인하여 보험기간 중에 장해분류표(【별표2】 『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 아래에 정한 금액을 2대질병후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
2대질병후유장해 (3~100%)	이 특별약관 보험가입금액 × 『장해분류표』에서 정한 장해지급률 × 50%	이 특별약관 보험가입금액 × 『장해분류표』에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 장해분류표에 해당되지 않은 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 2대질병후유장해(3~100%) 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표16】『뇌혈관질환 분류표』 참조)을 말합니다.

②「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표18】『허혈성심장질환 분류표』 참조)을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

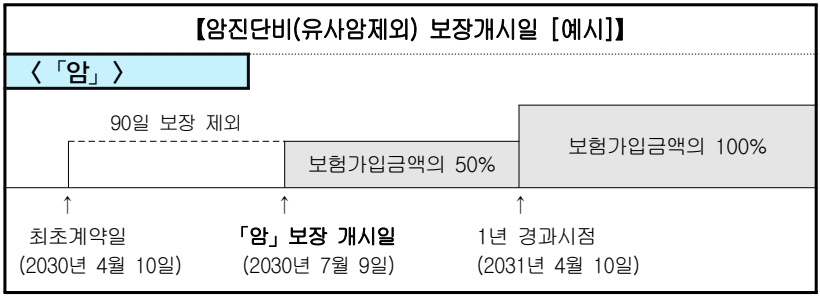
2-6. 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암진단비(유사암제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와「기타피부암」및「갑상선암」에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1항에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1항에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-7. 유사암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제

자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
유사암진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 유사암진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질

병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 보험금을 지급한 때에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-8. 암진단비(유사암제외)(체증형)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2

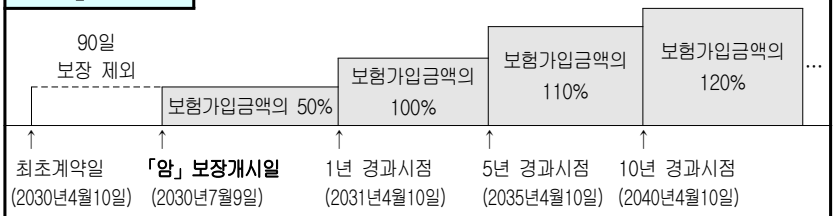
항에서 정한 보장개시일 이후에「암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암제외)(체증형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암진단비 (유사암제외) (체증형)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

【암진단비(유사암제외) 보장개시일 및 지급금액[예시]】

<「암」>



<예시> 2030년 4월 10일 계약체결 후, 암(유사암제외)으로 진단 확정시

(보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	지급금액
2030년 10월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	500만원
2031년 5월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,000만원
2035년 5월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,100만원
…	…
2055년 5월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,500만원

③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암(유사암제외)로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)(체증형)을 지

급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와「기타피부암」및「갑상선암」에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1항에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1항에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고

있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

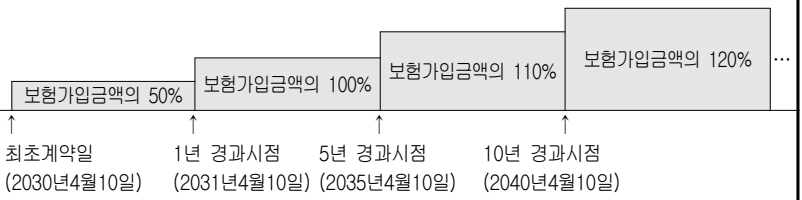
2-9. 유사암진단비(체증형)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암진단비(체증형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
유사암진단비 (체증형)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

【유사암진단비 지급금액[예시]】



<예시> 2030년 4월 10일 계약체결 후, 유사암으로 진단 확정시

(보험가입금액 1,000만원 기준)

구 분	지급금액
2030년 10월 1일 유사암으로 진단 확정시	500만원
2031년 5월 1일 유사암으로 진단 확정시	1,000만원
2035년 5월 1일 유사암으로 진단 확정시	1,100만원
…	…
2055년 5월 1일 유사암으로 진단 확정시	1,500만원

② 피보험자가 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 유사암진단비(체증형)을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종

양」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 보험금을 지급한 때에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-10. 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

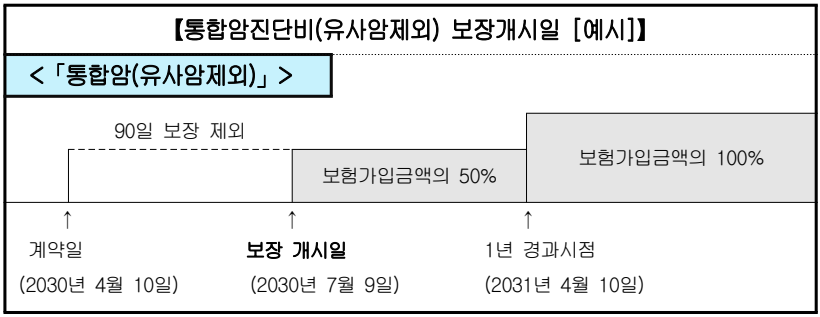
- 통합암진단비(소액암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(특정소화기계암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(4대특정암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(심장암및뇌암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(폐암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(4대특정암Ⅱ)(3.10.10간편가입)보장
- 통합암진단비(12대특정암)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「통합암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1. 통합암진단비(소액암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 통합암진단비(특정소화기계암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 통합암진단비(4대특정암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
5. 통합암진단비(심장암및뇌암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
6. 통합암진단비(폐암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
7. 통합암진단비(4대특정암II)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
8. 통합암진단비(12대특정암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「통합암(유사암제외)」라 함은「소액암」,「특정소화기계암」,「4대특정암」,「림프종및백혈병관련 암」,「심장암및뇌암」,「폐암」,「4대특정암Ⅱ」,「12대특정암」8개의 세부보장(【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』참조)을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항의「소액암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에

서 정한 세부보장 소액암을 말합니다.

③ 제1항의「특정소화기계암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 특정소화기계암을 말합니다.

④ 제1항의「4대특정암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암을 말합니다.

⑤ 제1항의「림프종및백혈병관련암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 림프종및백혈병관련암을 말합니다.

⑥ 제1항의「심장암및뇌암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표)』에서 정한 세부보장 심장암및뇌암을 말합니다.

⑦ 제1항의「폐암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표)』에서 정한 세부보장 폐암을 말합니다.

⑧ 제1항의「4대특정암Ⅱ」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암Ⅱ를 말합니다.

⑨ 제1항의「12대특정암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 12대특정암을 말합니다.

⑩「통합암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「통합암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위

한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 보장 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」로 진단확정 되는 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「소액암」,「특정소화기계암」,「4대특정암」,「림프종및백혈병관련암」,「심장암및뇌암」,「폐암」,「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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「소액암」,「특정소화기계암」,「4대특정암」,「림프종및백혈병관련암」,「심장암및뇌암」,「폐암」,「4대특정암Ⅱ」또는「12대특정암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-11. 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

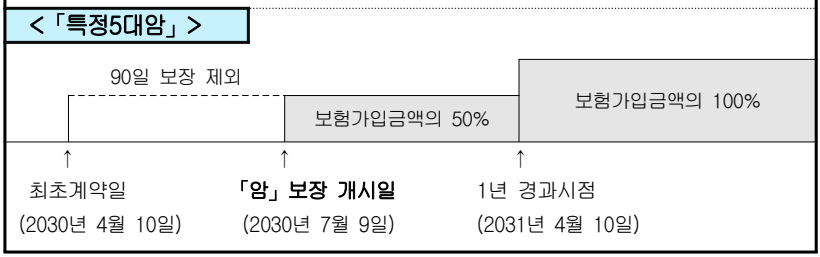
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정5대암진단비 (식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암) 보장개시일 [예시]】



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약

자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 분류되는 질병으로【별표10】『특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암) 분류표』에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

②「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-12. 중증갑상선암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

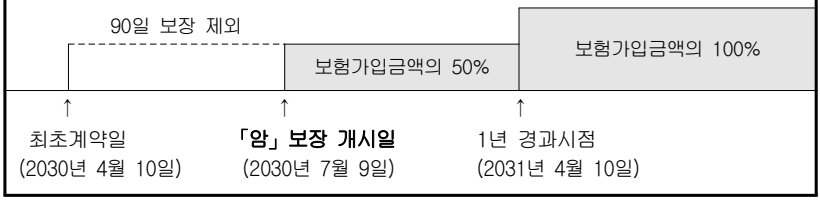
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증갑상선암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
중증갑상선암진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【중증갑상선암진단비 보장개시일 [예시]】

<「중증갑상선암」>



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중증갑상선암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중증갑상선암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중증갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중

분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「중증갑상선암」이라 함은 위 제1항의 갑상선암 중에서「갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)」또는「갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)」에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 위 2항의「중증갑상선암」에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

【예시】

특정암(원발부위가 중증갑상선암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 중증갑상선암으로 전이되었다면 중증갑상선암진단비는 지급되지 않습니다. 즉, 중증갑상선암으로 중증갑상선암진단비에서 보장을 받으려면 중증갑상선암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

④「중증갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「중증갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「중증갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「중증갑상선암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-13. 전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

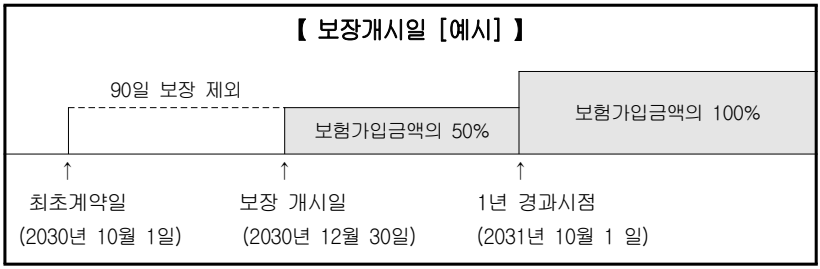
※ 전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 림프절전이암진단비(3.10.10간편가입) 보장
- 특정전이암진단비(3.10.10간편가입) 보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「림프절전이암」 또는 「특정전이암」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 금액을 각각 최초1회에 한하여 전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1. 림프절전이암진단비 보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 특정전이암진단비 보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



③ 피보험자가 사망하고 그 후에「림프절전이암」또는「특정전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 제1호 및 제2호의 전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「전이암」이라 함은「림프절전이암」및「특정전이암」을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「림프절전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표40】『전이암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「특정전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」,「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」,「부위의 명시가 없는 악성 신생물」로 분

류되는 질병(【별표40】 『전이암 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「림프절전이암」 또는 「특정전이암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초

과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 림프절전이암진단비보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 특정전이암보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보험금을 모두 지급한 경우에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

⑤ 제4항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-14. 통합전이암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 통합전이암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합전이암진단비(소액암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(특정소화기계암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(4대특정암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(림프종및백혈병관련암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(심장암및뇌암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(폐암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(4대특정암Ⅱ의 전이암)(3.10.10간편가입)보장
- 통합전이암진단비(12대특정암의 전이암)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

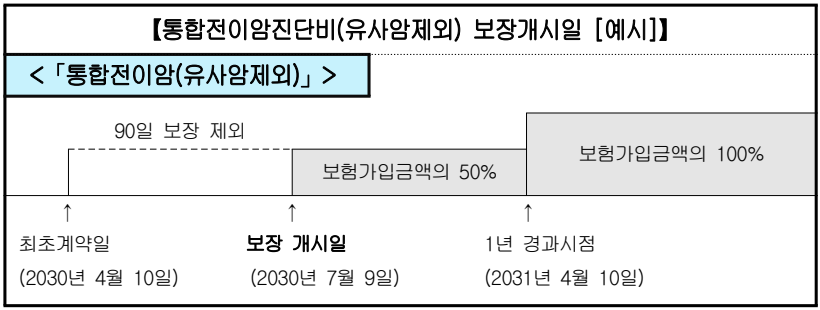
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「통합전이암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합전이암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1. 통합전이암진단비(소액암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 통합전이암진단비(특정소화기계암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
3. 통합전이암진단비(4대특정암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 통합전이암진단비(림프종및백혈병관련암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
5. 통합전이암진단비(심장암및뇌암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
6. 통합전이암진단비(폐암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
7. 통합전이암진단비(4대특정암Ⅱ의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
8. 통합전이암진단비(12대특정암의 전이암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합전이암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통합전이암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합전이암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(통합전이암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「통합전이암(유사암제외)」이라 함은「소액암의 전이암」,「특정소화기계암의 전이암」,「4대특정암의 전이암」,「림프종및백혈병관련암의 전이암」,「심장암및뇌암의 전이암」,「폐암의 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 암관련 질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1.「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2.「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피

부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

3. 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
4. 「전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」, 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표47】 『전이암Ⅱ 분류표』)을 말합니다.

③ 제1항의 「소액암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 소액암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

④ 제1항의 「특정소화기계암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 특정소화기계암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

⑤ 제1항의 「4대특정암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

⑥ 제1항의 「림프종및백혈병관련암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 림프종및백혈병관련암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

⑦ 제1항의 「심장암및뇌암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표)』에서 정한 세부보장 심장암및뇌암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

⑧ 제1항의 「폐암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표)』에서 정한 세부보장 폐암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

⑨ 제1항의 「4대특정암Ⅱ의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암Ⅱ을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

⑩ 제1항의 「12대특정암의 전이암」이라 함은 【별표46】 『통합암(유사암제

외) 분류표』에서 정한 세부보장 12대특정암을 원발로 하여 전이된「전이암」을 말합니다.

⑪「통합전이암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「통합전이암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「통합전이암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 보장 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 다음날부

터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「통합전이암(유사암제외)」으로 진단확정되는 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(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「소액암의 전이암」,「특정소화기계암의 전이암」,「4대특정암의 전이암」,「림프종및백혈병관련암의 전이암」,「심장암및뇌암의 전이암」,「폐암의 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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「소액암의 전이암」,「특정소화기계암의 전이암」,「4대특정암의 전이암」,「림프종및백혈병관련암의 전이암」,「심장암및뇌암의 전이암」,「폐암의 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 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

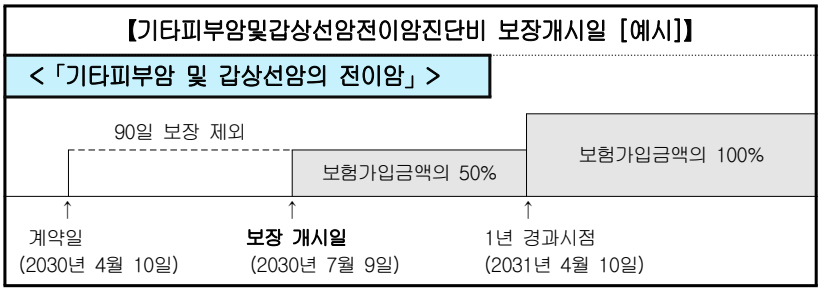
2-15. 기타피부암및갑상선암전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 기타피부암및갑상선암전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
기타피부암및갑상선암 전이암진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 기타피부암및갑상선암전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 기타피부암및갑상선암전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(기타피부암 및 갑상선암의 전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 암관련 질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.

1.「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

2.「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

3.「전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」,「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」,「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표47】『전이암II 분류표』)을 말합니다.

② 이 특별약관에「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」이라 함은【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』에서 정한「기타 피부의 악성 신생물」및「갑상선의 악성 신생물」을 원발로 하여 전이된「전이암」을 말합니다.

③「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정 되는 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(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암및갑상선암전이암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[3종] 2-16. 보험료납입지원(유사암진단)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입지원(유사암진단) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

단, 보험료납입지원(유사암진단) 보험금은 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하며, 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
보험료납입지원 (유사암진단) 보험금	이 특별약관의 보험가입금액의 12배를 보험료납입지원기간동안 매년 확정 지급 + 이 특별약관의 보험가입금액×보험료납입지원 잔여기간(월)

② 제1항의 「보험료납입지원기간」이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.

③ 제1항의 「보험료납입지원 잔여기간(월)」이라 함은 제2항에서 정한 「보험료납입지원기간」이 끝난 날의 다음날부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

④ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 사망하고 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험료납입지원(유사암진단) 보험금을 지급합니다.

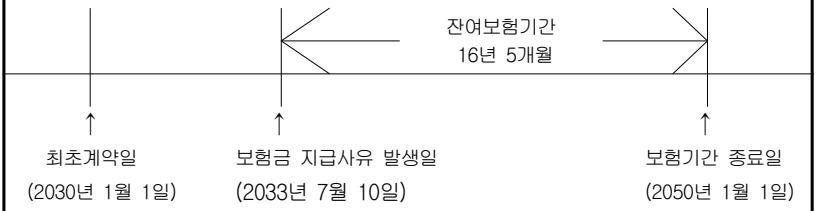
【지급금액 예시】

2030년 1월 1일 계약체결 후, 2033년 7월 10일 기타피부암 진단 확정시
(20년만기, 전기납, 사고당시 보험가입금액 10만원 기준)

* 납입경과월수 = 2030년 1월 1일 – 2033년 7월 10일 = 43회(3년 7개월)
* 잔여보험기간 = 이 특별약관의 보험기간(20년) – 납입경과월수(3년 7개월) = 16년 5개월
  – 보험료납입지원기간 = 16년
  – 보험료납입지원 잔여기간(월) = 5개월
* 지급사유 발생해당일 : 7월 10일
* 지급예시

지급기간	지급금액
2033년 7월 10일 ~ 2048년 7월 10일 (16년간, 매년 7월 10일 지급)	매년 120만원(10만원×12)
2049년 7월 10일	50만원(10만원×5)

* 보험료납입지원(유사암진단) 보험금 총액 : 1,970만원



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류

중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험료납입지원(유사암진단) 보험금을 지급한 때에는 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 보통약관 제25-1조(보험료 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-17. 양성뇌종양진단비II(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양II」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 양성뇌종양진단비II로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
양성뇌종양진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에「양성뇌종양Ⅱ」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 양성뇌종양진단비Ⅱ에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감한 금액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(양성뇌종양Ⅱ의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「양성뇌종양Ⅱ」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「양성뇌종양Ⅱ」으로 분류되는 질병(【별표33】『양성뇌종양Ⅱ 분류표』참조)을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.

②「양성뇌종양Ⅱ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다)중 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을

기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양Ⅱ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비Ⅱ를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-18. 뇌출혈진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌출혈」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌출혈진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌출혈」으로 분류되는 질병(【별표14】『뇌출혈 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술

(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌출혈」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-19. 뇌졸중진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌졸중」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표15】『뇌졸중 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI),

뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-20. 뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표16】『뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상

(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-21. 특정뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정뇌혈관질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정뇌혈관질환 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정뇌혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표42】『특정뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「특정뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-22. 급성심근경색증진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「급성심근경색증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병(【별표17】『급성심근경색증 분류표』참조)을 말합니다.

②「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한

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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-23. 허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인

분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표18】『허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-24. 특정허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정허혈성심장질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정허혈성심장질환진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합

병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표41】『특정허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「특정허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 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 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-25. 심혈관특정질환Ⅰ진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「심혈관특정질환Ⅰ」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 심혈관특정질환Ⅰ진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심혈관특정질환Ⅰ 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 심혈관특정질환Ⅰ으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심혈관특정질환Ⅰ진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환Ⅰ진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

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

제3조(「심혈관특정질환Ⅰ」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「심혈관특정질환Ⅰ」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「심혈관특정질환Ⅰ」으로 분류되는 질병(【별표22】『심혈관특정질환Ⅰ 분류표』참조)을 말합니다.

②「심혈관특정질환Ⅰ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「심혈관특정질환Ⅰ」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「심혈관특정질환Ⅰ」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환Ⅰ진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-26. 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비」로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장

부정맥제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」으로 분류되는 질병(【별표23】『심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표』참조)을 말합니다.

②「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「심혈관특정질환Ⅰ(기타심장부정맥제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-27. 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환진단비

(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병 중 종구분이 1종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사,

심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술,관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함) 중 당뇨병이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】참조)에서 정한 당뇨병에 해당하는 질병으로 표준화된 방법으로 측정된 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c)수치가 6.5%이상을 만족하여야 합니다. 표준화된 방법으로 측정된 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c)란 국제당화혈색소 측정 표준화프로그램(National Glycohemoglobin Standard Program(NGSP)에 의해 인증되고「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial(DCCT)」에서 정한 표준화된 방법으로 측정한 것을 말합니다.

④ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

⑤ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-28. 특정순환계질환진단비(2~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정순환계질환(2~5종)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환진단비(2~5종)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정순환계질환진단비 (2~5종)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정순환계질환(2~5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환진단비(2~5종)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환진단비(2~5종)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정순환계질환(2~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(2~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병 중 종구분이 2종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(2~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술,관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로

하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(2~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(2~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(2~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(2~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환진단비(2~5종)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-29. 특정순환계질환진단비(3~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환진단비(3~5종)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정순환계질환진단비 (3~5종)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정순환계질환(3~5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환진단비(3~5종)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환진단비(3~5종)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

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

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술,관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환

계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환진단비(3~5종)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-30. 특정순환계질환진단비(4~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특

정순환계질환(4~5종)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환진단비(4~5종)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정순환계질환진단비 (4~5종)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정순환계질환(4~5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환진단비(4~5종)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환진단비(4~5종)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병 중 종구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등),

뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술,관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환진단비(4~5종)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는

바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-31. 특정순환계질환진단비(5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정순환계질환(5종)」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환(5종)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정순환계질환진단비(5종)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정순환계질환(5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환(5종)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환(5종)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병 중 종구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술,관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환(5종)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-32. 심근병증진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「심근병증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
심근병증진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 심근병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심근병증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심근병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(심근병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「심근병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「심근병증」으로 분류되는 질병(【별표20】『심근병증 분류표』 참조)을 말합니다.

②「심근병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-선검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여

야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「심근병증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「심근병증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심근병증진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-33. 주요심장염증질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「주요심장염증질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 주요심장염증질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
주요심장염증질환진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 주요심장염증질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 주요심장염증질환증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요심장염증질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(주요심장염증질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「주요심장염증질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「주요심장염증질환」으로 분류되는 질병(【별표21】『주요심장염증질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「주요심장염증질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국

내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·이학적검사(진찰)과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 흉부 X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사, 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술, 혈액배양검사, 조직배양검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「주요심장염증질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「주요심장염증질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요심장염증질환진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-34. 통풍진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「통풍」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
통풍진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 통풍으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「통풍」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「통풍」으로 분류되는 질병(【별표25】 『통풍 분류표』 참조)을 말합니다.

② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 통풍진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-35. 대상포진진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「대상포진」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
대상포진진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 사망하고 그 후에 대상포진으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「대상포진」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「대상포진」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서「대상포진」으로 분류되는 질병(【별표26】『대상포진 분류표』 참조)을 말합니다.

②「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 대상포진진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

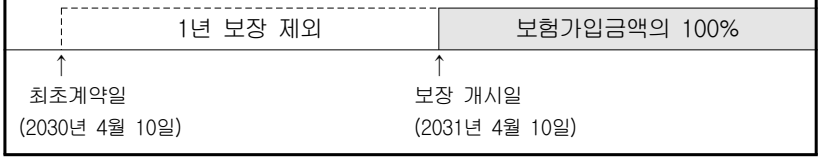
2-36. 요로결석진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「요로결석」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요로결석진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「요로결석」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

【「요로결석」에 대한 보장개시일 [예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(요로결석의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「요로결석」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 요로결석으로 분류되는 질병(【별표24】 『요로결석 분류표』 참조)을 말합니다.

②「요로결석」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가「요로결석」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「요로결석」으로 진단확정 되는 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 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 요로결석진단비(최초1회한)을 지급한 때에는

그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-37. 질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개

시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98) 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에

의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-38. 질병수술비(경증질환제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(경증질환제외)으로 진단확정되고, 그 질병(경증질환제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 아래에 정한 금액을 질병수술비(경증질환제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위1항의「경증질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 경증질환으로 분류되는 질병(【별표68】『경증질환 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진

자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
9. 경증질환 분류표(【별표68】 『경증질환 분류표』 참조)에서 정한 결막염, 다래끼, 외이의 질환, 티눈

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여

보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-39. 질병수술비(4대특정질병제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(특정4대질병제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병수술비(특정4대질병제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비 (4대특정질병제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위1항의「특정4대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정4대질병으로 분류되는 질병(【별표43】『특정4대질병 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개

시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
9. 특정4대질병 분류표(【별표43】『특정4대질병 분류표』참조)에서 정한 백내장, 대장용종, 후각특정질환 및 특정피부질환

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은

보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-40. 질병수술비(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에

의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-41. 질병통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병통원수술비(당일입원포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병통원수술비 (당일입원포함)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병통원수술비(당일입원포함)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진

자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험

요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-42. 질병입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 퇴원없이 계속 2일 이상 입원하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래에 정한 금액을 질병입원수술비(당일입원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병입원수술비 (당일입원제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병입원수술비(당일입원제외)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로

인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-43. 질병수술비(1~5종)Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 질병수술비(1~5종)Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 5개의 세부보장[질병수술비(1종)(3.10.10간편가입), 질병수술비(2종)(3.10.10간편가입), 질병수술비(3종)(3.10.10간편가입), 질병수술비(4종)(3.10.10간편가입), 질병수술비(5종)(3.10.10간편가입)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표3】 『1~5종 수술분류표』에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래에 정한 금액을 질병수술비(1~5종)Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

수술 종류	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비(1종)	질병수술비(1종)보장 보험가입금액의 50%	질병수술비(1종)보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(2종)	질병수술비(2종)보장 보험가입금액의 50%	질병수술비(2종)보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(3종)	질병수술비(3종)보장 보험가입금액의 50%	질병수술비(3종)보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(4종)	질병수술비(4종)보장 보험가입금액의 50%	질병수술비(4종)보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(5종)	질병수술비(5종)보장 보험가입금액의 50%	질병수술비(5종)보장 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술비(1~5종)Ⅱ를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비(1~5종)Ⅱ를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한

사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(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 가

입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-44. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표34】 1~8종 수술 및 시술 분류표)에서 정한「수술 및 시술」을 받은 경우에는 수술 및 시술의 종류 에따라 아래 금액을 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의「수술 및 시술」또는 1회의 통원당 1회의「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의「수술시술코드」당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

수술 종류	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
질병수술비(1종)	질병수술비(1종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 1/100 지급
질병수술비(2종)	질병수술비(2종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 1/100 지급
질병수술비(3종)	질병수술비(3종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 1/50 지급
질병수술비(4종)	질병수술비(4종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 1/20 지급
질병수술비(5종)	질병수술비(5종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 1/6 지급
질병수술비(6종)	질병수술비(6종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 1/3 지급
질병수술비(7종)	질병수술비(7종) 지급금액의 50%	보험가입금액의 2/3 지급
질병수술비(8종)	질병수술비(8종) 지급금액의 50%	보험가입금액 지급

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 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【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의「수술시술코드」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.

【용어 해설】

【 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) 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의「수술시술코드」에서 향후「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【예시 안내】

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

(예시)

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)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 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원 없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 지급합니다.

【예시 안내】

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【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)

을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 “유방재건술(J051)”입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 “유방절제술(J061)”에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 질병에 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 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시 안내】

자동차보험 또는 산재보험 등「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

· 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

· 의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드

에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.

⑦「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」,「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」,「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 회사는【별표34】1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
2. 회사는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-45. 144대질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 144대질병수술비보장 특별약관은 5개의 세부보장[144대질병수술비(27대질병)(3.10.10간편가입), 144대질병수술비(11대질병)(3.10.10간편가입), 144대질병수술비(59대생활질환)(3.10.10간편가입), 144대질병수술비(43대생활질환)(3.10.10간편가입), 144대질병수술비(다빈도4대질병)(3.10.10간편가입)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 144대질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 144대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

구 분			지급금액	
			계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
144대 질병	1.27대 질병	결핵, 패혈증, 크로이츠펠트-야콥병, 간질환, 조로증, 중추신경계통의 염증성 질환(수막염), 중추신경계통의 염증성 질환(뇌 및 척수의 염증성질환), 파킨슨병, 중추신경계통의 탈수초 질환, 뇌전증, 뇌성마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 녹내장, 심장질환, 뇌혈관질환, 동맥경화증, 대동맥류, 기타 동맥류 박리, 버거씨병, 폐렴, 만성하부호흡기질환, 폐질환, 위·십이지장궤양, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전	144대질병수술비(27대질병)보장 보험가입금액의 50%	144대질병수술비(27대질병)보장 보험가입금액의 100%

구 분			지급금액	
			계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
	2.11대 질병	당뇨병, 뇌하수체질환, 황반변성, 고혈압, 동맥 및 세동맥의 질환, 식도정맥류, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 위공장궤양, 충수질환	144대질병수술비(11대질병)보장 보험가입금액의 50%	144대질병수술비(11대질병)보장 보험가입금액의 100%
	3.59대 생활질환	용혈-요독증후군(햄버거병), 비장질환, 부갑상선질환, 대사장애, 수면무호흡증, 중증근무력증, 마비, 결막장애, 공막·각막·홍채·섬모체의 장애, 유리체의 장애, 안구의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 안근·양안운동·조절 및 굴절의 장애, 시각장애 및 실명, 눈 및 눈부속기의 기타 장애, 외이의 질환, 중이염, 중이 및 유돌의 특정질환, 내이의 질환, 귀의 기타장애, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타정맥의 색전증 및 혈전증, 음낭 정맥류, 림프절염, 인플루엔자, 기타 급성 하기도감염, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 성인호흡곤란증후군, 호흡계통의 기타 질환, 침샘질환, 식도질환, 위·십이지장 질환, 특정소화기질환, 특정 부위의 탈장, 비감염성장염 및 결장염, 특정 장질환, 과민대장증후군, 장의 특정기타질환, 복막의 질환, 장흡수장애, 통풍, 특정 전신결합조직장애, 전신홍반루푸스, 피부다발근염, 전신경화증, 근육장애, 발바닥근막성 섬유종증, 골다공증, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파젯병, 뼈의 기타장애, 연골병증, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타질환, 특정 요도질환	144대질병수술비(59대생활질환) 보장 보험가입금액의 50%	144대질병수술비(59대생활질환) 보장 보험가입금액의 100%
	4.43대 생활질환	대상포진, 갑상선질환, 다낭성난소증후군, 안면신경장애, 단일신경병증, 손목터널증후군, 맥립종 및 콩다래끼, 눈꺼풀의 기타 염증, 눈꺼풀의 기타 장애, 안와장애, 맥락막 및 망막	144대질병수술비(43대생활질환) 보장 보험가입금액의	144대질병수술비(43대생활질환) 보장 보험가입금액의

구 분			지급금액	
			계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
		의 장애, 하지정맥류, 급성상기도감염, 후각특정질환, 축농증, 편도염, 사타구니 탈장, 치열 및 치루, 담석증, 담낭담도질환, 특정 누적 외상성질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 기타 등병증, 윤활막 및 힘줄장애, 어깨병변, 신장 및 요관의 결석, 방광의 결석, 요도결석증, 유방의 장애, 주침샘의 양성 신생물, 소화계통의 양성 신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물, 골 및 관절연골의 양성 신생물, 조직의 양성 신생물, 유방의 양성 신생물, 생식기의 양성 신생물, 비뇨기관의 양성 신생물, 눈 및 부속기관의 양성신생물, 수막의 양성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	50%	100%
	5.다빈도 4대질병	관절염, 백내장, 생식기질환, 치핵	144대질병수술비(다빈도4대질병) 보장 보험가입금액의 50%	144대질병수술비(다빈도4대질병) 보장 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병으로 동일 일자에 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다.

【144대질병수술비 지급예시】
다수의 위의 양성신생물(D13.1)을 제거하기 위해 동일 일자에 수술한 경우 1회의 수술비 지급

② 두가지 이상의 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동

일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【144대질병수술비 지급예시】

- 자궁의 평활근종(D25)[43대생활질환]과 자궁내막증(N80)[다빈도4대질병]로 진단 확정되고, 자궁의 평활근종(D25)의 치료를 직접적인 목적으로 동일 일자에 다수의 수술을 받은 경우 [43대생활질환수술비보장]에 해당하는 1회의 수술비 지급
- 만성 부비동염(J32)[43대생활질환]과 코 및 비동의 기타장애(J34)[43대생활질환]로 진단확정되고, 만성 부비동염(J32)의 치료를 직접적인 목적으로 동일 일자에 다수의 수술을 받은 경우 [43대생활질환수술비보장]에 해당하는 1회의 수술비 지급

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(144대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「144대질병」이라 함은 「27대질병」, 「11대질병」, 「59대생활질환」, 「43대생활질환」 및 「다빈도4대질병」을 총칭합니다.

② 제1항의 「27대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 27대질병으로 분류되는 질병(【별표9-1】 『27대질병 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 제1항의 「11대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 11대질병으로 분류되는 질병(【별표9-2】 『11대질병 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 제1항의 「59대생활질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 59대생활질환으로 분류되는 질병(【별표9-3】 『59대생활질환 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 제1항의 「43대생활질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 43대생활질환으로 분류되는 질병(【별표9-4】 『43대생활질환 분류표』 참조)을 말합니다.

⑥ 제1항의 「다빈도4대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다빈도4대질병으로 분류되는 질병(【별표9-5】 『다빈도4대질병 분류표』 참조)을 말합니다.

⑦ 「144대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(144대질병의 정의 및 진단확정)에서 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질병으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

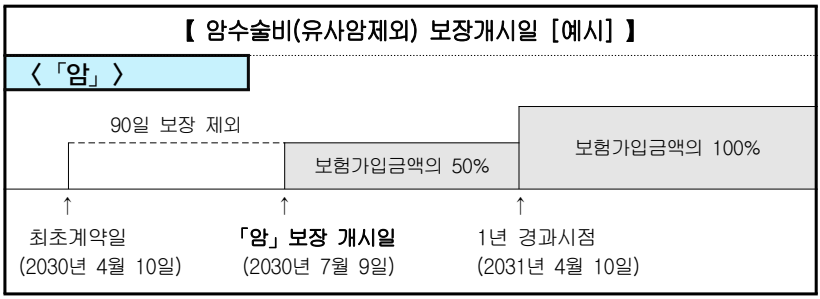
2-46. 암수술비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」으로 진단 확정되고, 그「암」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와「기타피부암」및「갑상선암」은 제외합니다.

② 제1항에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1항에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중

분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-47. 유사암수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료는 유사암수술비가 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(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져

야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진

자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-48. 여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에 정한 보장개시일 이후에「여성생식기암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한「자궁적출수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(여성생식기암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여성생식기암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 여성생식기암 으로 분류되는 질병(【별표53】『여성생식기암 분류표』참조)을 말합니다.

②「여성생식기암」에 대한 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사 (fine needle aspiration biopsy)또는 혈액

(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「여성생식기암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자 「여성생식기암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사

선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

⑧ 제1항의「자궁적출수술」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거함)하는 수술로써「자궁적출수술 분류표」(【별표54】『자궁적출수술 분류표』참조)에서 정한 수술을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「여성생식기암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-49. 뇌혈관질환수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환수술비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표16】 『뇌혈관질환 분

류표』 참조)을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주

입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-50. 허혈성심장질환수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	계약일로부터 90일 미만	계약일로부터 90일 이상 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환 수술비	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표18】 『허혈성심장질환 분류표』 참조)을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-51. 특정순환계질환수술비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 종 구분에 따라 아래의 금액을 특정순환계질환수술비로(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
특정순환계질환(1종)(당뇨병및이상지질혈증포함)	이 특별약관 보험가입금액의 3%	이 특별약관 보험가입금액의 6%
특정순환계질환(2종)	이 특별약관 보험가입금액의 5%	이 특별약관 보험가입금액의 10%
특정순환계질환(3종)	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%
특정순환계질환(4종)	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 40%
특정순환계질환(5종)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 받은 1회 수술의 직접적인 원인이 된 질병이 특정순환계질환(1종)(당뇨병및이상지질혈증포함), 특정순환계질환(2종), 특정순환계질환(3종), 특정순환계질환(4종) 및 특정순환계질환(5종) 중 2가지

이상에 해당되는 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 금액을 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(특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병 중 종구분이 1종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술,관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치

료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-52. 관상동맥성형술(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「관상동맥성형술(급여)」를 받은 경우에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 관상동맥성형술(급여)(연간1회한)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
관상동맥성형술(급여) (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「관상동맥성형술(급여)」 정의)

① 이 특별약관에서「관상동맥성형술(급여)」라 함은【별표63】(『급여 관상동맥성형술 분류표』)에서 정한 관상동맥성형술 대상「수가코드」를 말합니다. 다만, 관상동맥성형술을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.

②「관상동맥성형술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항의「관상동맥성형술(급여)」은 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「관상동맥성형술(급여)」당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「관상동맥성형술(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-53. 뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「뇌정위적방사선수술」을 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 뇌정위적방사선수술을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌정위적방사선수술의 정의)

① 이 특별약관에서「뇌정위적방사선수술」이라 함은「뇌정위적방사선수술 분류표(【별표55】참조)에서 정한 뇌 정위적 방사선수술 대상 수가코드에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료 급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만,「뇌정위적방사선수술」을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 제1항의「뇌정위적방사선수술」이외의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 보상하지

않습니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수」의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지되어 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-54. 추간판장애수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「추간판장애」로 진단 확정되고, 그「추간판장애」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(추간판장애의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「추간판장애」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「추간판장애」로 분류되는 질병으로【별표60】『추간판탈출증 분류표』에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「추간판장애」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-55. 충수염수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「충수염(맹장염)」으로 진단 확정되고, 그「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「충수염(맹장염)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병(【별표59】『충수염(맹장염) 분류표』참조)을 말합니다.

② 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 충수염수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-56. 부인과질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「부인과질병」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 부인과질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
부인과질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(부인과질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「부인과질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 부인과질병으로 분류되는 질병(【별표52】 『부인과질병 분류표』 참조)을 말합니다.

② 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「부인과질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-57. 요실금수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「요실금」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「요실금수술(급여)」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요실금수술비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「요실금」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있

어서 요실금으로 분류되는 질병(【별표61】『요실금 분류표』참조)을 말합니다.

② 「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「요실금」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 「요실금수술(급여)」라 함은【별표62】『요실금수술(급여) 분류표』에서 정한 요실금수술 대상 「수가코드」를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1항의 「요실금수술(급여)」은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「요실금수술(급여)」당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「요실금수술(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변

경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-58. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원 중에 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 「입원 질병재활치료(급여)」 횟수와 「통원 질병재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.

③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한

치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(질병재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「질병 재활치료(급여)」라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 보장에서 제외합니다.

② 「질병 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00~F99)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-59. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원중에「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는「입원 질병재활치료(급여)」횟수와「통원 질병재활치료(급여)」횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

③ 제2항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합

병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(질병재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「질병 재활치료(급여)」라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 보장에서 제외합니다.

②「질병 재활치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의「수가코드」가

폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00~F99)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-60. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원중에 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 「입원 질병재활치료(급여)」 횟수와 「통원 질병재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합

니다.

③ 제2항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(질병재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「질병 재활치료(급여)」라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및

산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 보장에서 제외합니다.

② 「질병 재활치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00~F99)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-61. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요

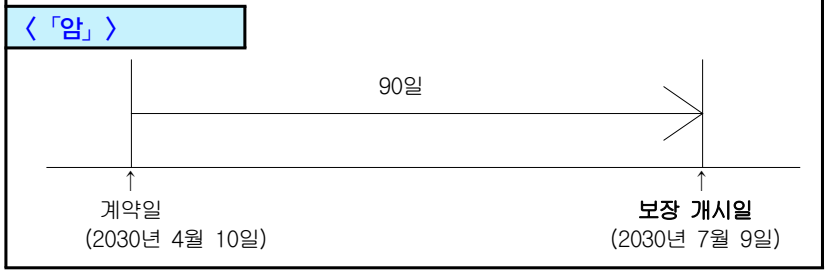
치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「암」으로 최초 진단 확정 시
암주요치료비 (유사암제외) (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) 보장개시일 [예시]】

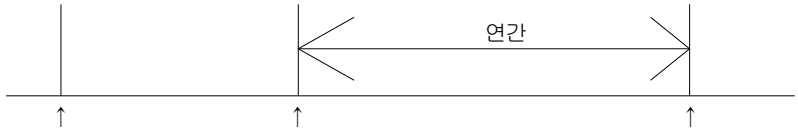


④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

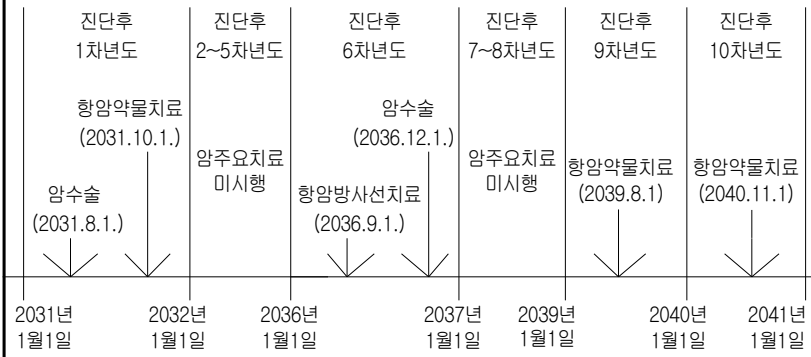
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

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

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」 을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여

의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-62. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

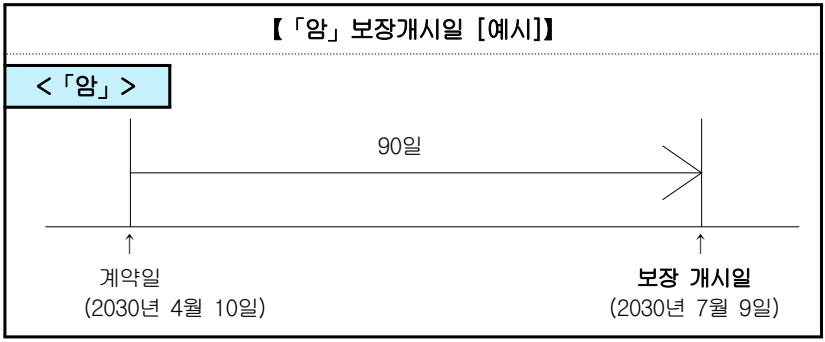
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「암」으로 최초 진단 확정 시
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

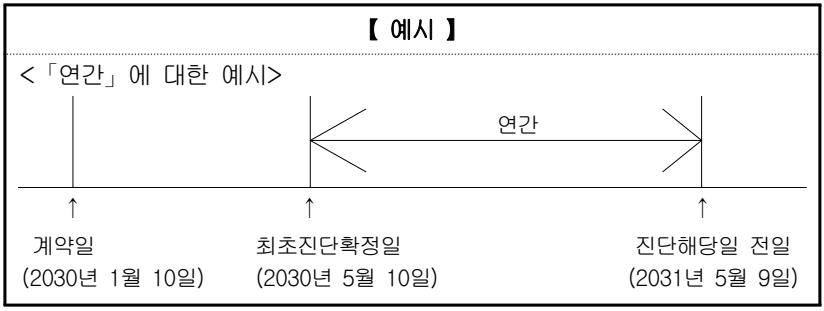
② 위 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



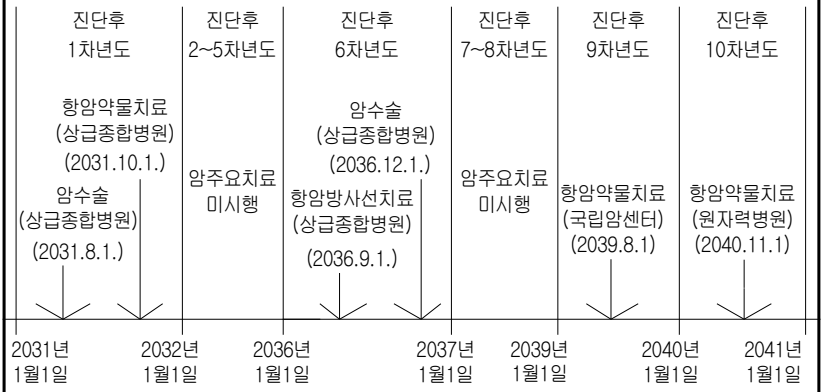
④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후

보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진

찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을

말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립・운영한다.

제29조(부속기관의 설치)
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】
제13조의2(한국원자력의학원의 설립)
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.
제13조의3(분원 또는 부설기관)
의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제11조(특별약관의 소멸)
① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정

을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-63. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

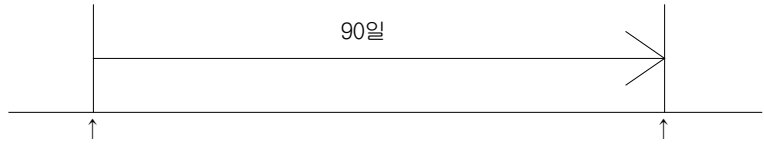
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「암」으로 최초 진단확정시
1.「암」으로 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)
2.「암」으로 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 보장개시일 [예시]】

<「암」>

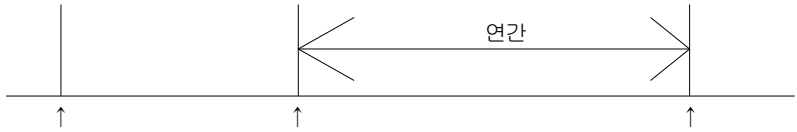


④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

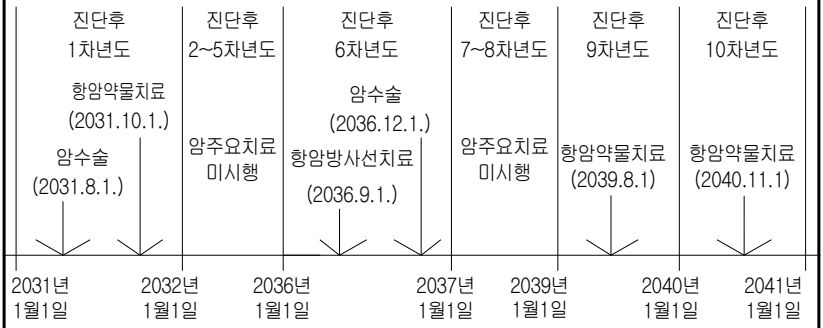
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후

보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-64. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암

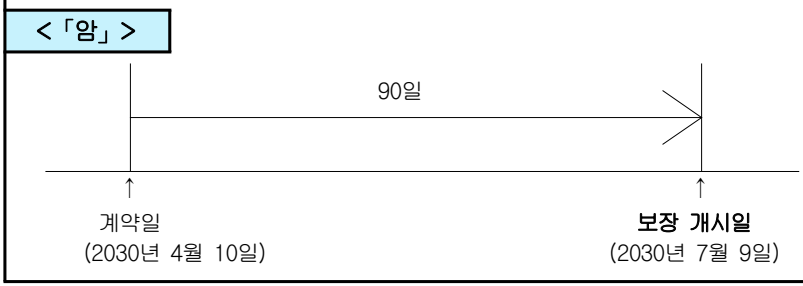
수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암 제외)(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「암」으로 최초 진단확정시
1.「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)
2.「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」보장개시일 [예시]】

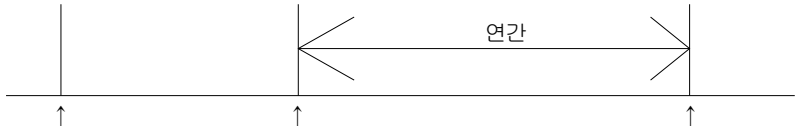


④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

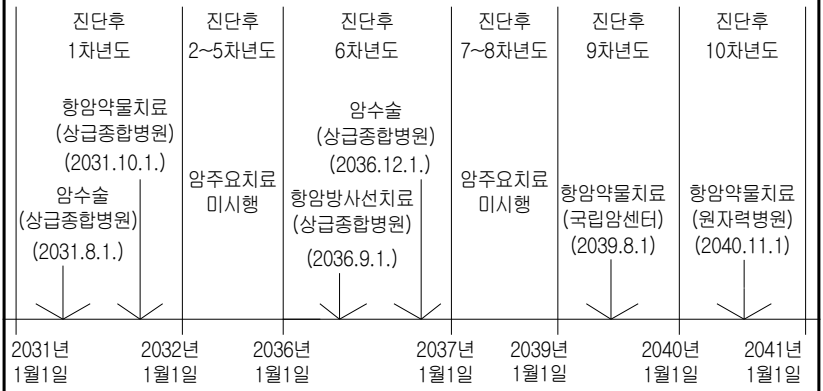
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단 받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단 받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적

으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」 는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병

원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-65. 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「유사암」으로 최초 진단확정시
유사암주요치료비 (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

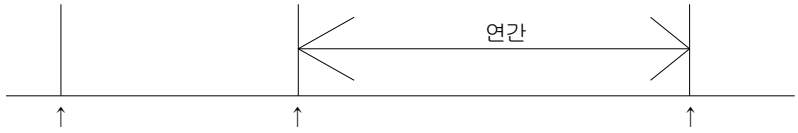
③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

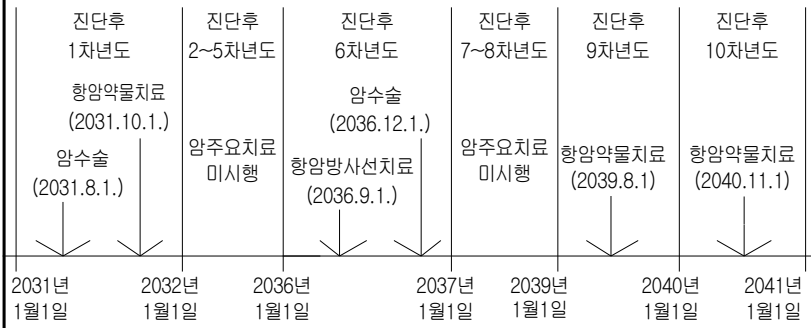
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」

으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접

적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의「수술」은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없

는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-66. 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「유사암」으로 최초 진단확정시
유사암주요치료비 (상급종합병원플러스, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

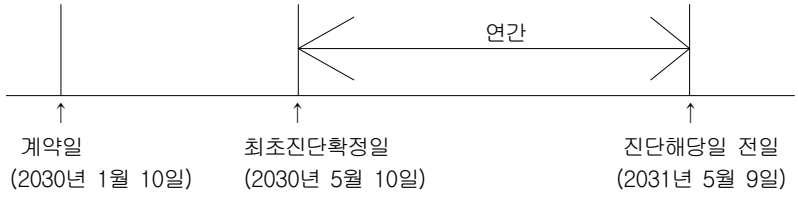
② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

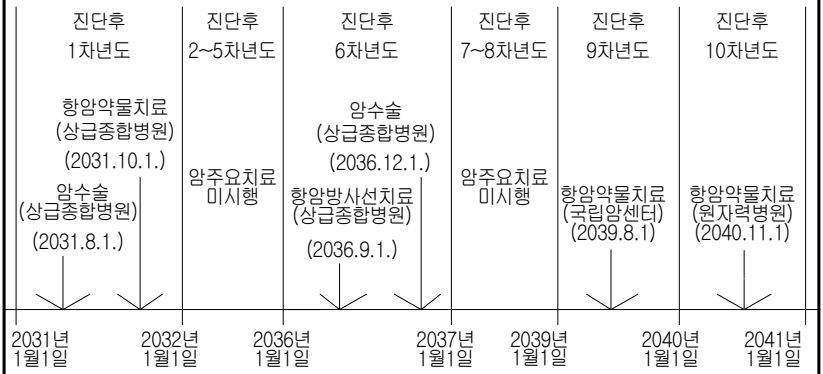
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적

으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증

을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-67. 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3,10,10간편가입)보장 특별약관

※ 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
· 유사암주요치료비(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
· 유사암주요치료비(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후「유사암」으로 최초 진단확정시
1.「유사암」으로 암수술 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)
2.「유사암」으로 암특정 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

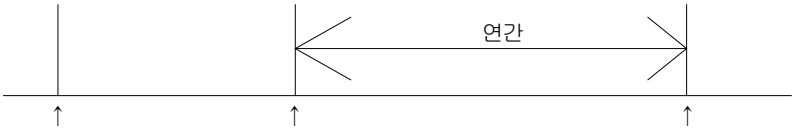
③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

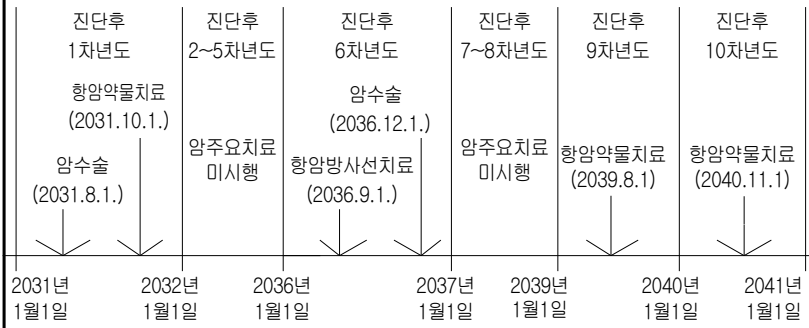
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적

으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치

료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-68. 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관

※ 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- **유사암주요치료비(암수술치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장**
- **유사암주요치료비(암특정치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장**

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로

부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「유사암」으로 최초 진단확정시
1.「유사암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)
2.「유사암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

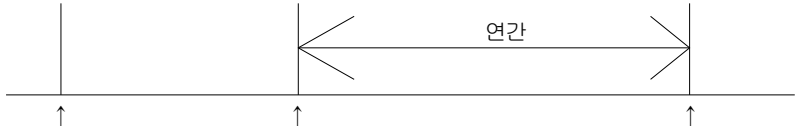
② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

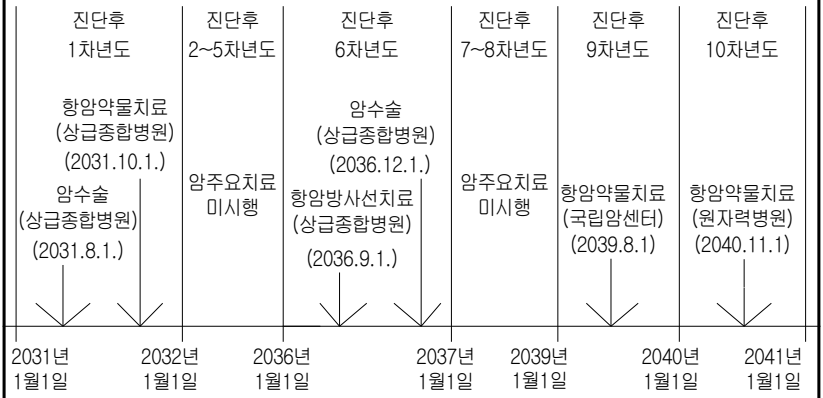
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증

거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억

제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의「수술」은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.
⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)
이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방

사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준

에 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.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험

금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-69. 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로「하이클래스

암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

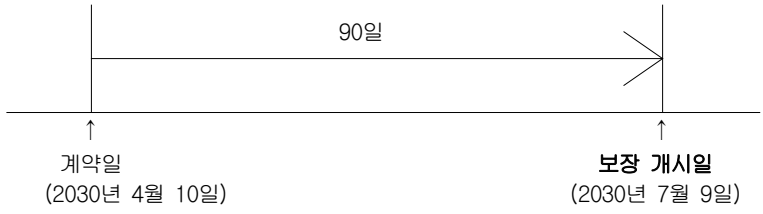
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단 확정 시
하이클래스 암주요치료비 (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 하이클래스 암주요치료는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(최초 진단과 상이한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」>

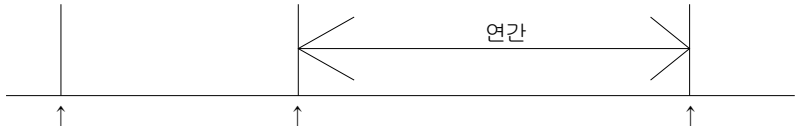


④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

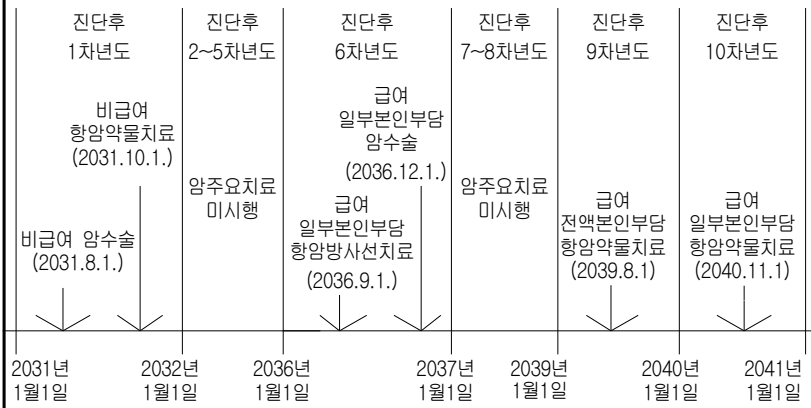
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가

능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암주요치료」라 함은 암을 제거하거나「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의

학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」 또는 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「하이클래스 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이나 「하이클래스 암주요치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및

제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-70. 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서「하이클래스 암주요치료(암수술, 항암

방사선치료, 항암약물치료)」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

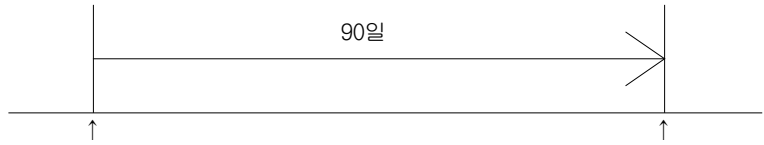
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단 확정 시
하이클래스 암주요치료비 (상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」(최초 진단과 상이한「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」 보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」>



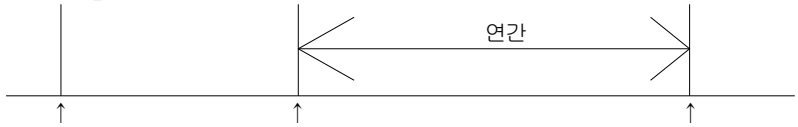
④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

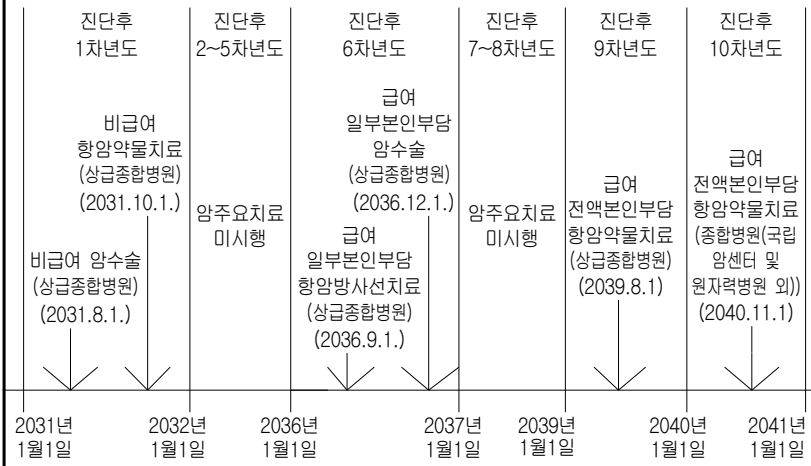
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가

능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암주요치료」라 함은 암을 제거하거나「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의

학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」 또는 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「하이클래스 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이나 「하이클래스 암주요치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및

제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으

로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단,

제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-71. 항암방사선치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

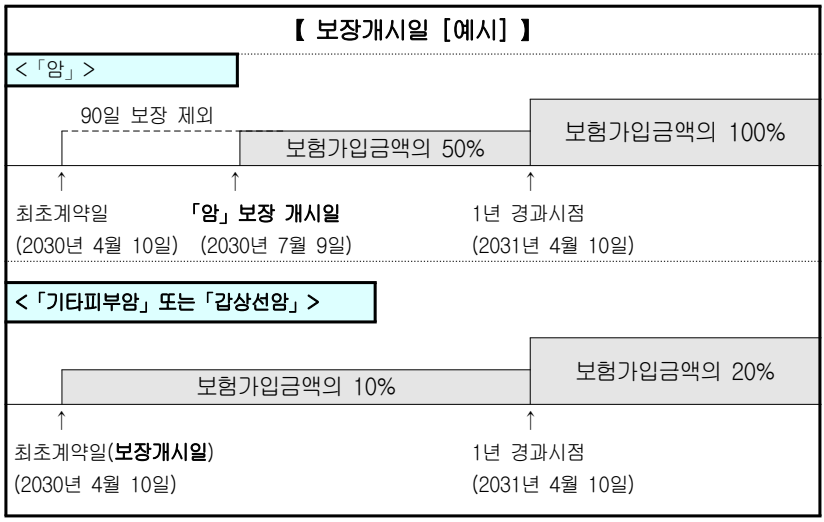
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1.「암」으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2.「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 다만,「암」으로 제1항 제1호의 항암방사선치료비를 지급 받은 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정시에는「기타피부암」또는「갑상선암」의 항암방사선치료비를 지급하지 않습니다.

③ 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계

약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류

중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한「암」으로 항암방사선치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

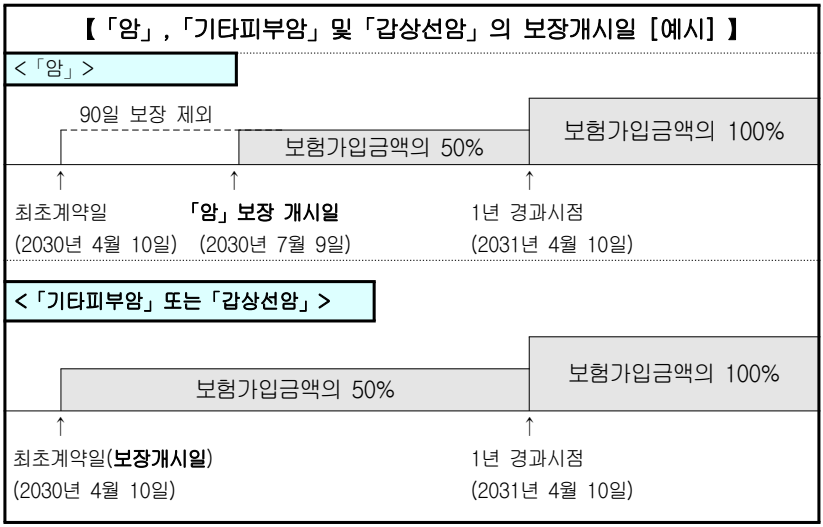
2-72. 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(중입자)치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상
항암방사선(중입자)치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】

『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선(중입자)치료의 정의)

이 특별약관에서「항암중입자방사선치료」라 함은 제6조(항암방사선치료의 정의)에서 정한「항암방사선치료」중 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 중입자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

【용어풀이】

· **항암방사선(중입자)치료**란 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는「항암방사선치료」를 말하며,「항암방사선(양성자)치료」는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조(항암방사선(양성자)치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선(양성자)치료」라 함은 제6조(항암방사선치료의 정의)에서 정한「항암방사선치료」중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

【용어풀이】

· **항암방사선(양성자)치료**란 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서, 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제9조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

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

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-73. 항암약물치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

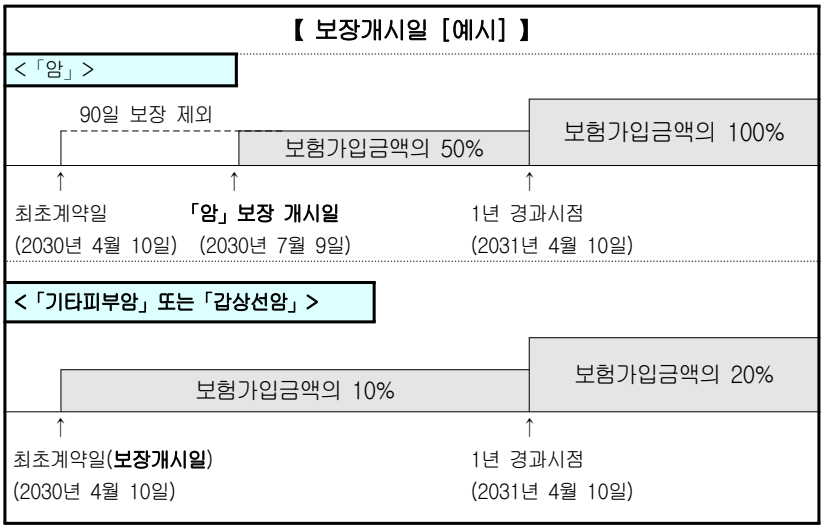
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
1.「암」으로 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2.「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 다만, 「암」으로 제1항 제1호의 항암약물치료비를 지급 받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 항암약물치료비를 지급하지 않습니다.

③ 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한「암」으로 항암약물치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-74. 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

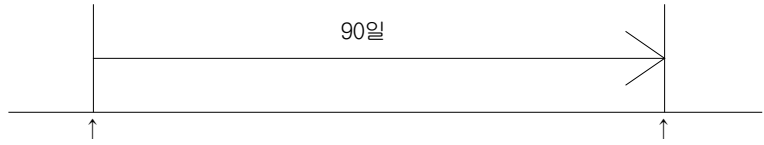
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시
하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 하이클래스 항암약물치료는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(최초 진단과 상이한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」>

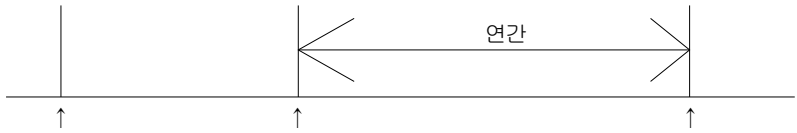


④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

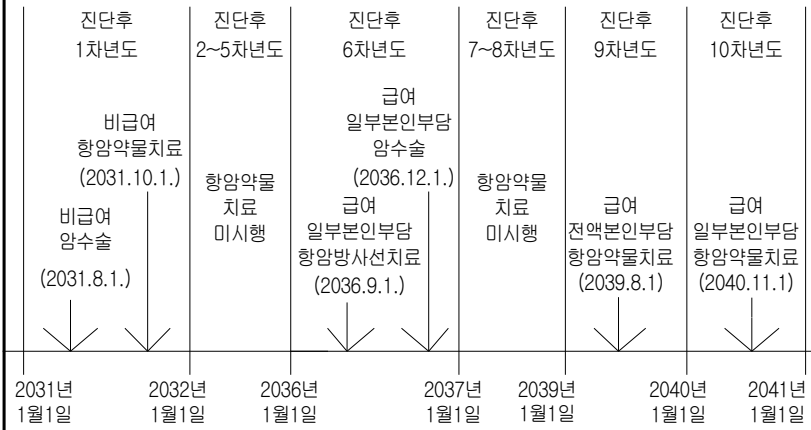
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 암을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

② 「하이클래스 항암약물치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이나 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 항암약물치료」와 관련이 없는

각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서「비급여」라 함은「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서「전액본인부담」이라 함은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납

입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-75. 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

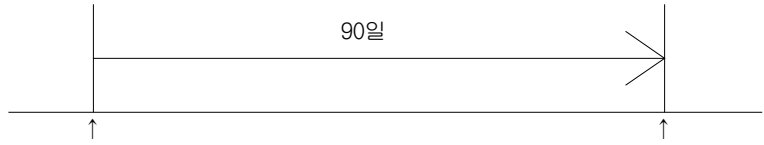
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시
하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 항암약물치료는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(최초 진단과 상이한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」>

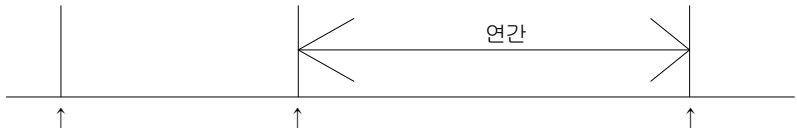


④ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

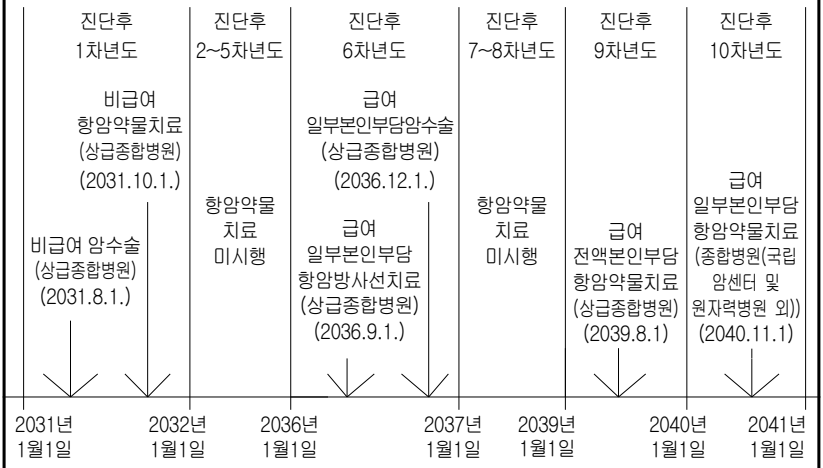
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 암을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

② 「하이클래스 항암약물치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이나 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 항암약물치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요

법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제6조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)
① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)
의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 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 다

음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 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.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-76. 항암방사선 · 약물치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

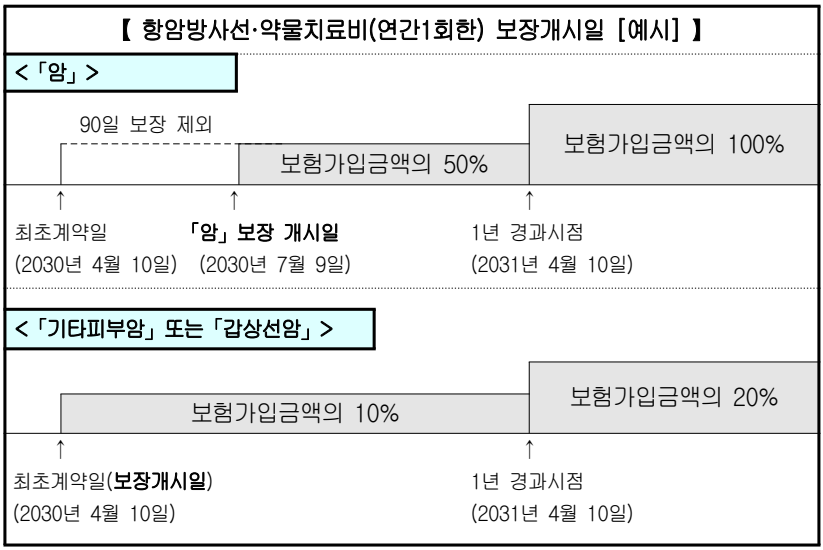
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」으로 항암방사선·항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 항암방사선·항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑

상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



③ 제1항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 제1항의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑤ 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합

병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

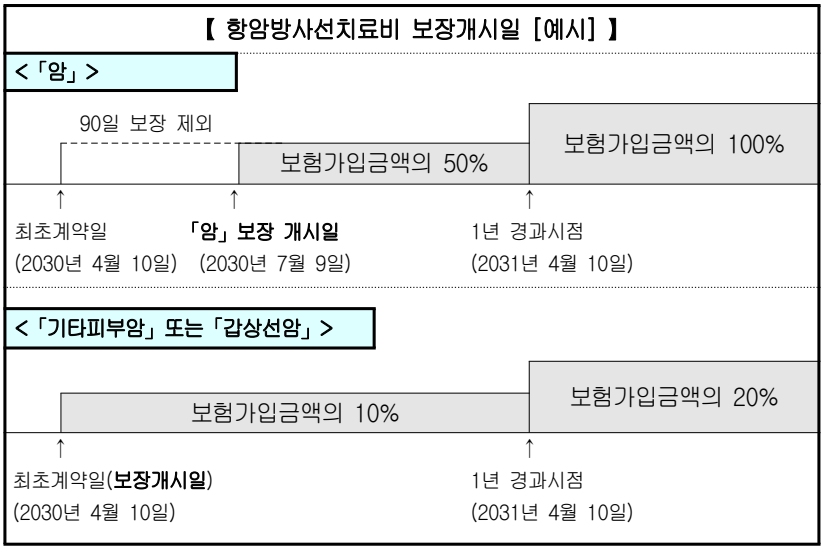
2-77. 항암방사선치료비(치료당)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 치료당 아래에 정한 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



③ 제1항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 반환일

까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-78. 항암약물치료비(치료당)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제1조(보험금의 지급사유)

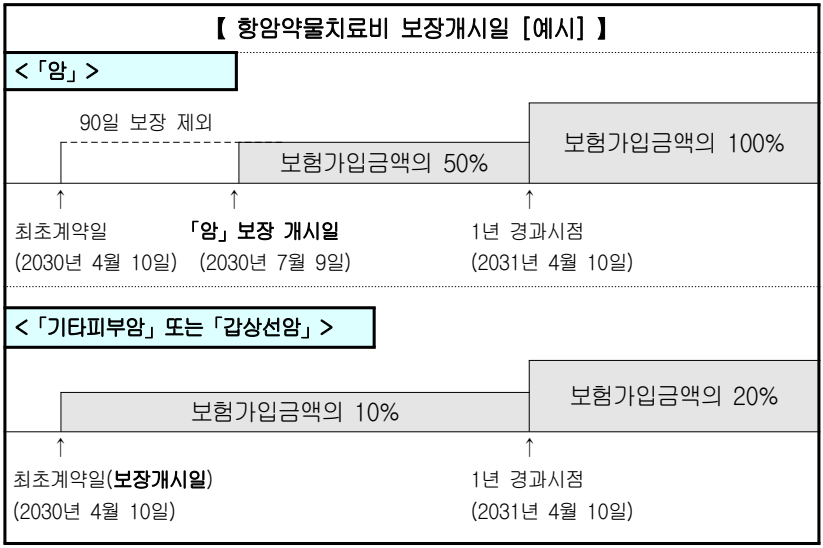
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암약물치료(주사제)를 받은 경우에는 치료당 아래의 금액을 항암약물치료비(치료당)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」으로 항암약물치료(주사제)시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 항암약물치료(주사제)시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제 외)를 받은 경우에는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비(치료당)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」으로 항암약물치료 (주사제 외)시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
「기타피부암」」으로 항암약물치료 (주사제 외)시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%
「갑상선암」으로 항암약물치료 (주사제 외)시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

③ 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



④ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「주사제」라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「주사제 외」라 함은 제5항에서 정한「주사제」이외의 항암약물치료를 말합니다.

⑦ 제2항에서「연간」이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 반환일

까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-79. 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우에 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중혈전용해치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표15】뇌졸중 분류표 참조)을 말합니다.

②「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-80. 뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우에 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌졸중혈전용해치료비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표15】『뇌졸중 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의

병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-81. 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우에 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌경색증혈전용해치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에

있어서「뇌경색증(분류번호I63)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 뇌경색증(I63) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 뇌경색증(I63) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 뇌경색증(I63) 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③「뇌경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-82. 뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급

합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌경색증혈전용해치료비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌경색증(분류번호I63)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 뇌경색증(I63) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 뇌경색증(I63) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 뇌경색증(I63) 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③「뇌경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과

의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-83. 급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 혈전용해치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증(I21) 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제8차 한국표준질병·

사인분류에 있어서「급성심근경색증(분류번호I21)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 급성심근경색증(I21) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 급성심근경색증(I21) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 급성심근경색증(I21)분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증혈전용해치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-84. 급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
급성심근경색증 혈전용해치료비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증(I21) 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성심근경색증(분류번호I21)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 급성심근경색증(I21) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 급성심근경색증(I21) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 급성심근경색증(I21)분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는

질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-85. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정허혈성심장질환 혈전용해치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

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

제3조(특정허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표44】특정허혈성심장질환II 분류표 참조)을 말합니다.

②「특정허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-86. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된「특정허혈성심장질환」의

치료를 직접적인 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
특정허혈성심장질환 혈전용해치료비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표44】『특정허혈성심장질환Ⅱ 분류표』참조)을 말합니다.

②「특정허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 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 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「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 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-87. 뇌심혈관조영술검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려진「뇌심혈관질환」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로「급여 뇌심혈관조영술검사」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌심혈관조영술검사비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌심혈관조영술검사비 (급여)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(뇌심혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌심혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌심혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표56】『뇌심혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌심혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「뇌심혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「급여 뇌심혈관조영술검사」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 뇌심혈관조영술검사」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 뇌심질환의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 의사의 관리하에 【별표57】 『급여 뇌심혈관조영술검사 분류표』에 해당하는 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 「급여 뇌심혈관조영술검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-88. 뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려진「뇌심혈관질환」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로「급여 뇌심혈관질환검사」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(뇌심혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌심혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌심혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표56】『뇌심혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌심혈관질환」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「뇌심혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「급여 뇌심혈관질환검사」의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 뇌심혈관질환검사」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 뇌심혈관질환의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 의사의 관리하에【별표58】『급여 뇌심혈관질환 검사 분류표』에 해당하는 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액검사 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

②「급여 뇌심혈관질환검사」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)”필수기재), 진단서, 진료비계산서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-89. 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」또는「심장질

환」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에 2대질병(뇌,심장)주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 2대질병(뇌,심장)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만「뇌혈관질환」또는「심장질환」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후「뇌혈관질환」또는「심장질환」으로 최초 진단 확정 시
2대질병(뇌,심장)주요치료비 (진단후10년, 연간1회한))	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

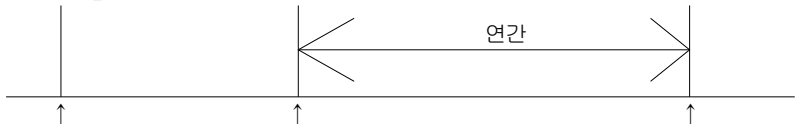
② 위 제1항의 2대질병(뇌,심장)주요치료는「뇌혈관질환」및「심장질환」(보험기간 중 최초 진단과 상이한「뇌혈관질환」및「심장질환」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

④ 위 제1항의「연간」이라 함은 보험기간 중「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 진단해당일 (「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 진단해당일로 합니다.

【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「뇌혈관질환」또는「심장질환」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「뇌혈관질환」또는「심장질환」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「뇌혈관질환」또는「심장질

환」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「뇌혈관질환」이라 함은「뇌혈관질환 분류표」(【별표16】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「심장질환」이라 함은「심장질환 분류표」(【별표67】심장질환 분류표 참조)에서 정한「심장질환」을 말합니다.

② 심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층

술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(2대질병(뇌,심장)주요치료의 정의)

이 특별약관에서「2대질병(뇌,심장)주요치료」라 함은「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제6조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제7조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「뇌혈관질환」또는「심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「뇌혈관질환」또는「심장질환」으로 제9조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제9조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말하며,의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「뇌혈관질환」또는「심장질환」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「뇌혈관질환」또는「심장질환」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-90. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(3~5종)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

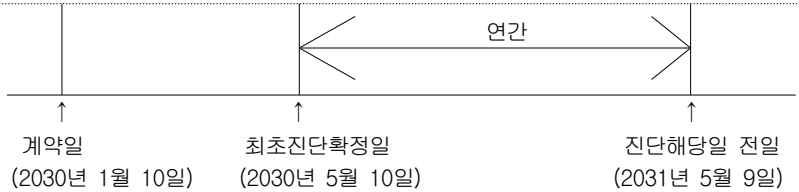
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환 (3~5종) 주요치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(3~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(3~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

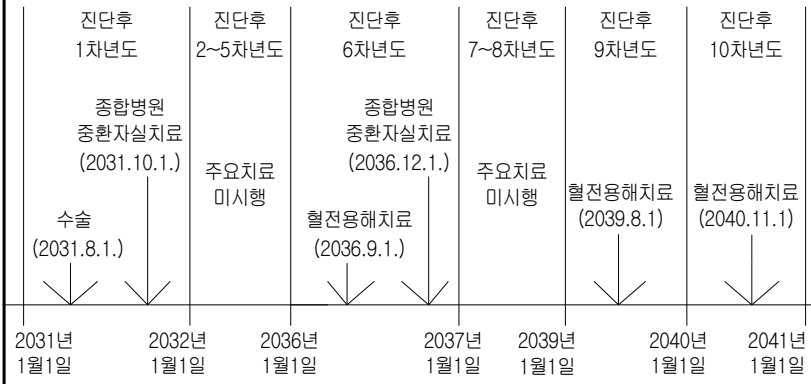
④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 지급예시】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(3~5종)」

의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(3~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이

특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(3~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-91. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3,10,10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

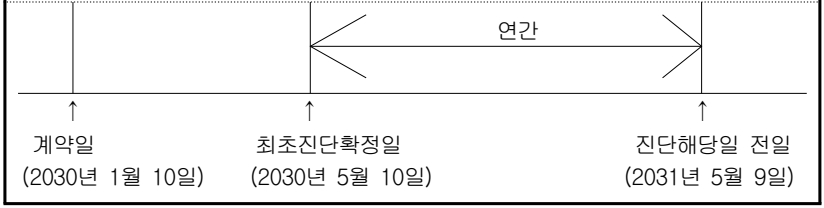
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환 (3~5종) 주요치료비(종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(3~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(3~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

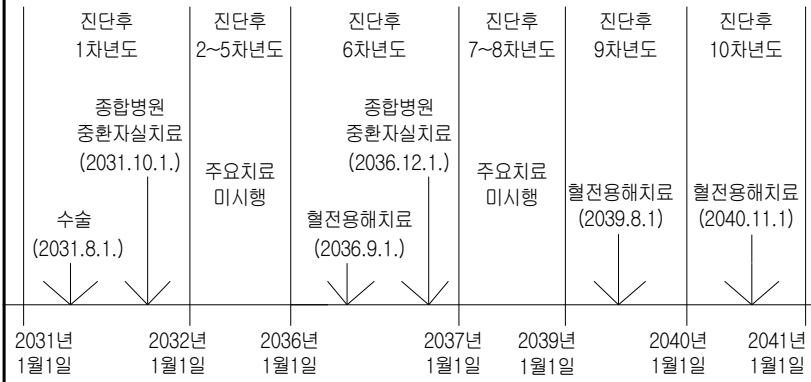
④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한) (3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환

계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(3~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(3~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-92. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정순환계질환(3~5종)」으

로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 상급종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

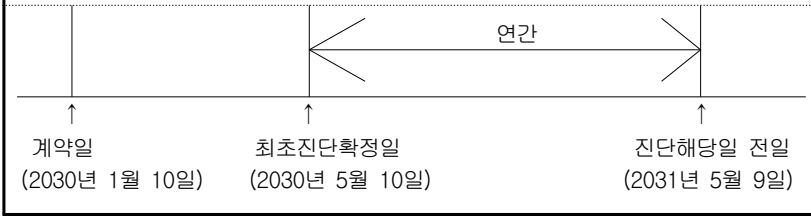
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(3~5종) 주요치료비 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(3~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(3~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

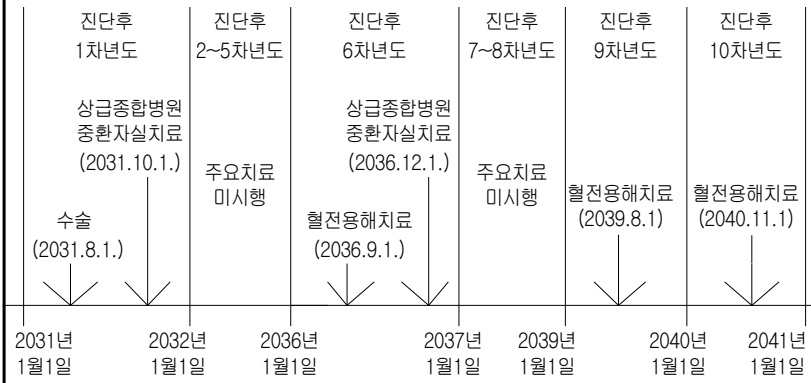
④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) (3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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 드

는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료

를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「상급병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「상급종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(3~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(3~5종)」으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할것

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 따른평가를 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.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-93. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(4~5종)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(4~5종) 주요치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

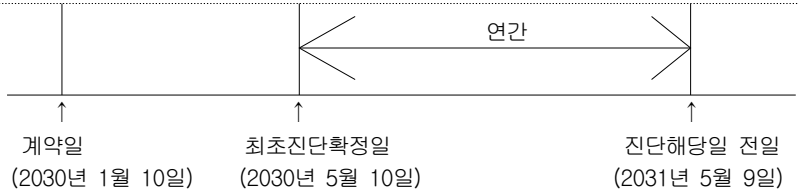
② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(4~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(4~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일로 합니다.

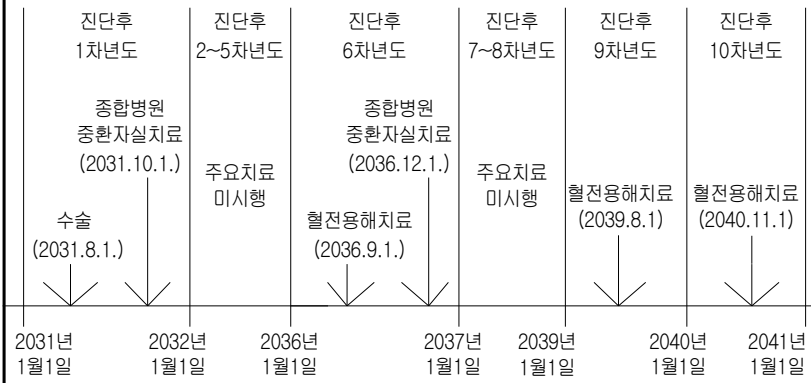
▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

【「연간」에 대한 예시 】



【 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정

되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(4~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(4~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과・외과・소아청소년과・산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치・운영할

수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-94. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

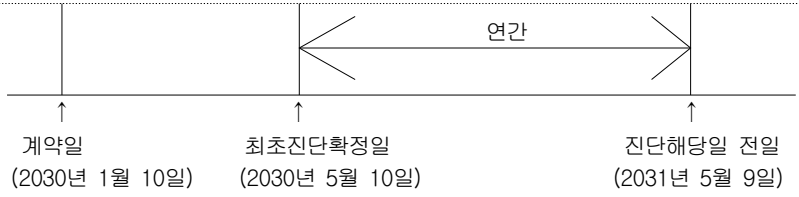
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(4~5종) 주요치료비(종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(4~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(4~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

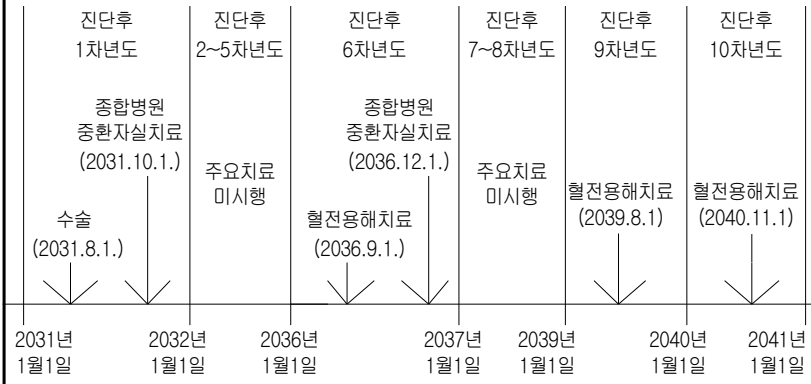
④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)
(3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 질병 중 종구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

② 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(4~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(4~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-95. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 상급종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(4~5종) 주요치료비 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

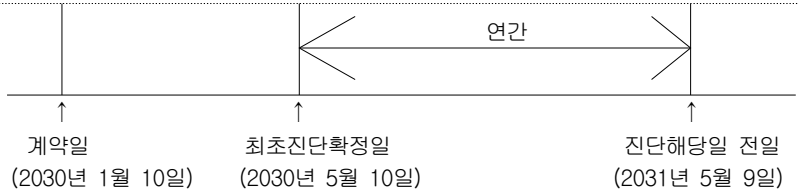
② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(4~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(4~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일로 합니다.

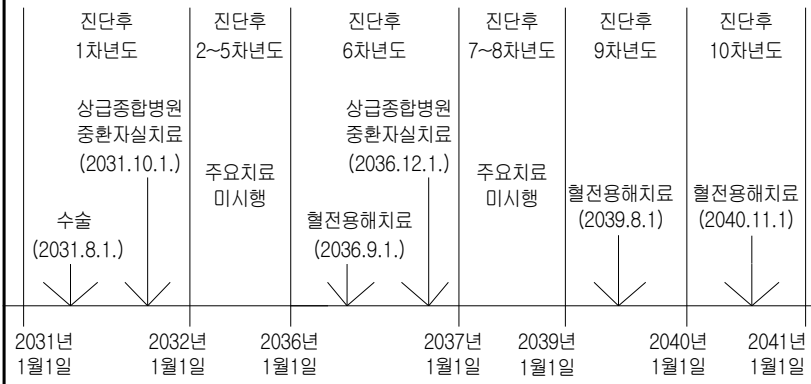
▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

【「연간」에 대한 예시 】



【 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) (3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정

되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「상급병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「상급종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(4~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(4~5종)」으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할것

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 따른평가를 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.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-96. 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「특정순환계질환(5종)」으로 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(5종)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

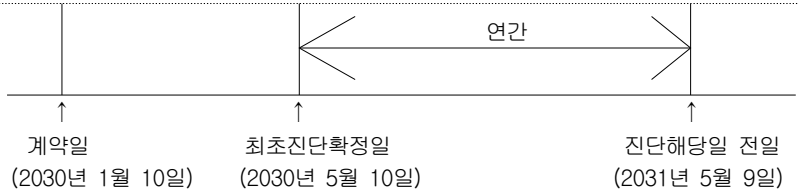
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(5종) 주요치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는「특정순환계질환(5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한「특정순환계질환(5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

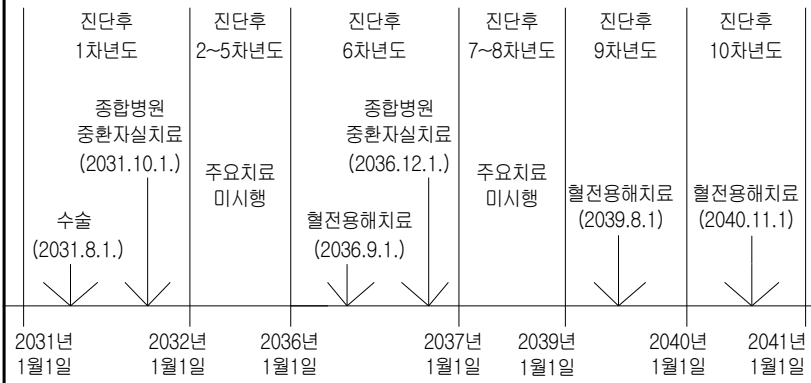
④ 위 제1항의「연간」이라 함은 보험기간 중「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환

(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-97. 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(5종)」으로 종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(5종) 주요치료비(종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

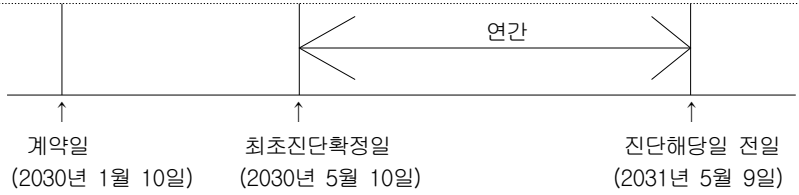
② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일로 합니다.

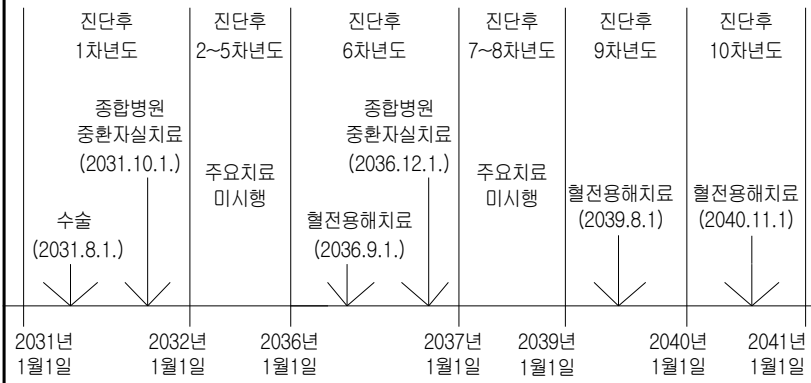
▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

【「연간」에 대한 예시 】



【 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환

(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과・외과・소아청소년과・산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치・운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-98. 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」이내에 「특정순환계질환(5종)」으로 상급종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단 확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

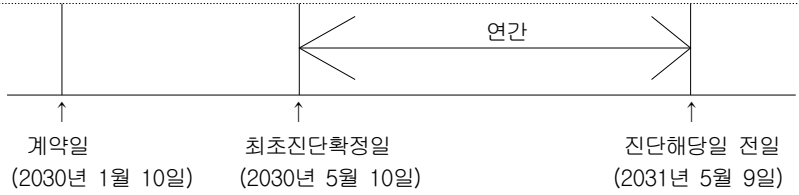
구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이후 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정 시
특정순환계질환(5종) 주요치료비(상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

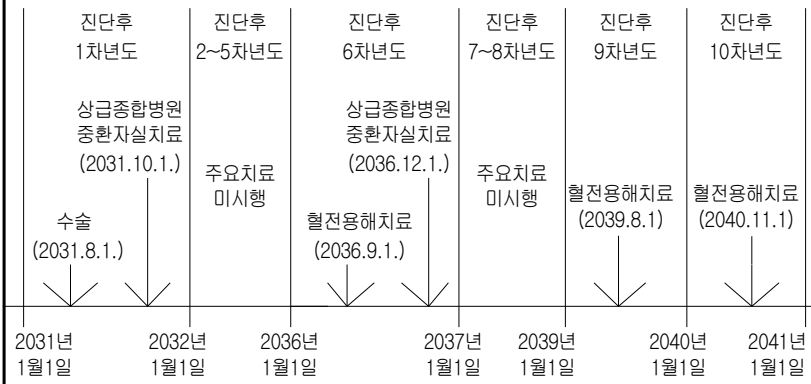
④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) (3.10.10간편가입) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	지급 대상 아님	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환(5종)」이라 함은「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표19】참조)에서 정한 질병 중 종구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.

②「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT),뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환

(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」을 받은 경우
3.「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「상급병원 중환자실치료」을 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「혈전용해치료」라 함은 의사가「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 위 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「상급종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「특정순환계질환(5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서「이 특별약관의 보험기간」중에「특정순환계질환(5종)」으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할것

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 따른평가를 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.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-99. 질병입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

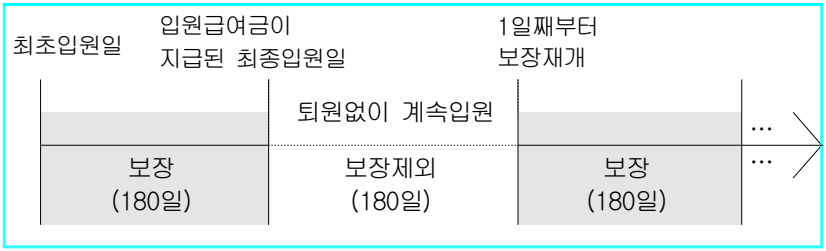
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 질병입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속

하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(1일이상180일한도)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(1일이상180일한도)의 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. 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 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-100. 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질

병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

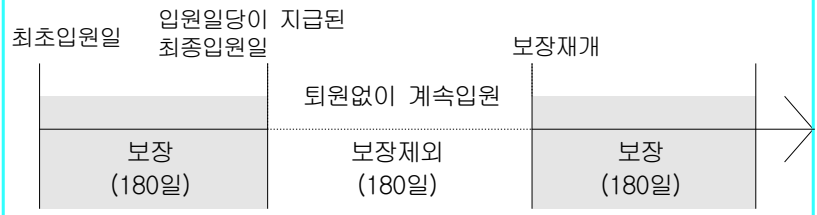
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표4】 『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)[예시]】



② 이 특별약관에서「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료

되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 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)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-101. 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의

치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

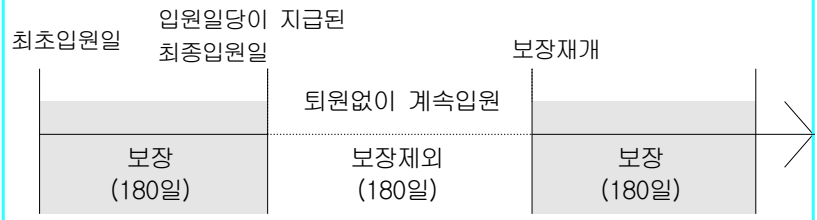
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)[예시]】



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험금의

지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

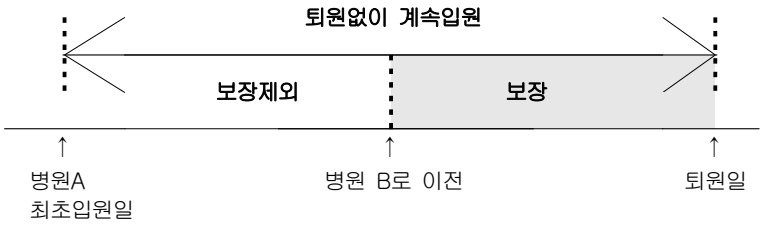
⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

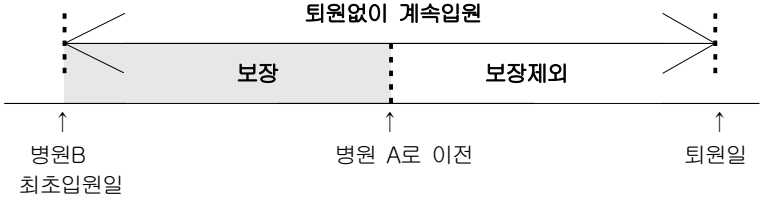
⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

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.

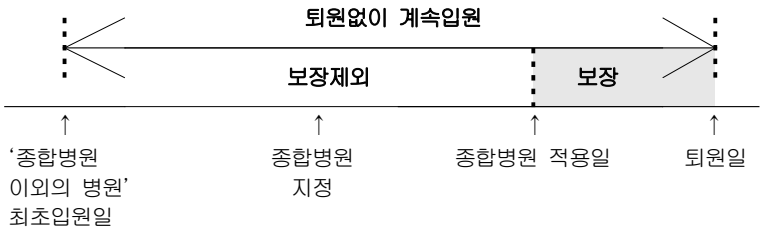
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



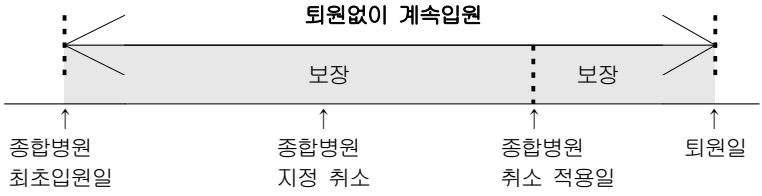
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준

을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 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. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-102. 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질

병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 1인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

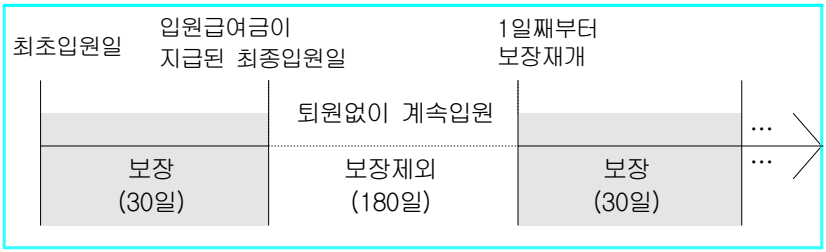
② 1항의「1인실」은「특실」병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때

에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원.1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

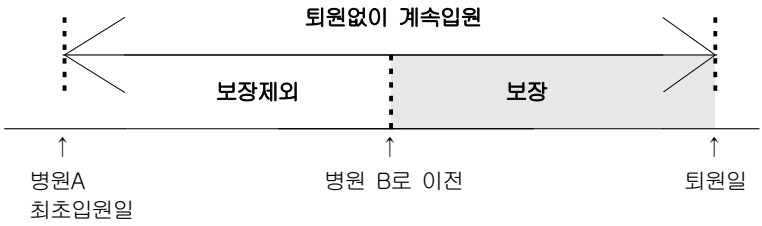
⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

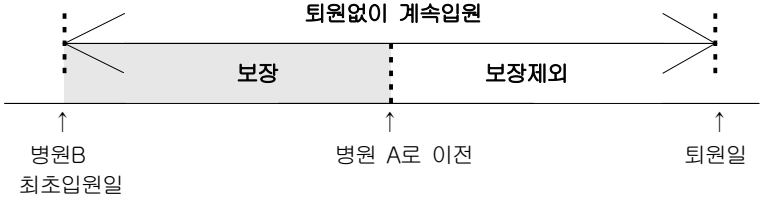
⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

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.

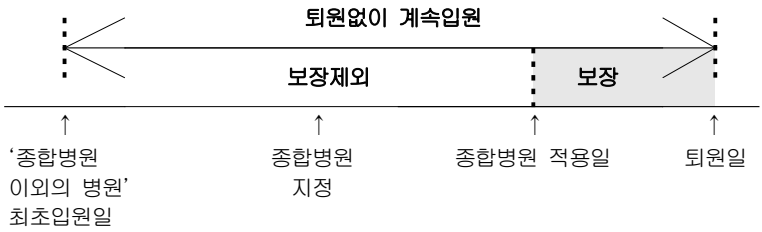
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



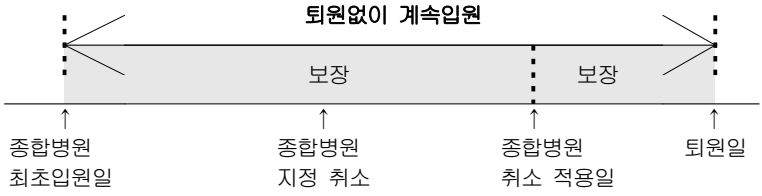
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 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 종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신

상실

2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-103. 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일

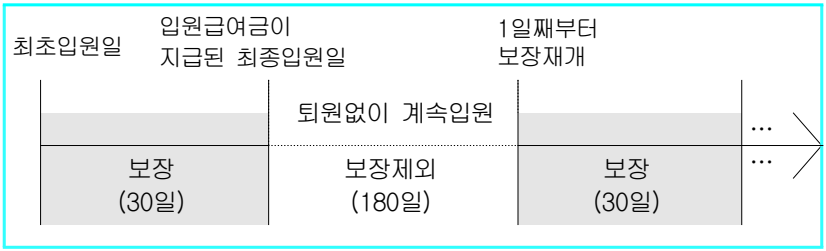
당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은

때에는 회사는 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

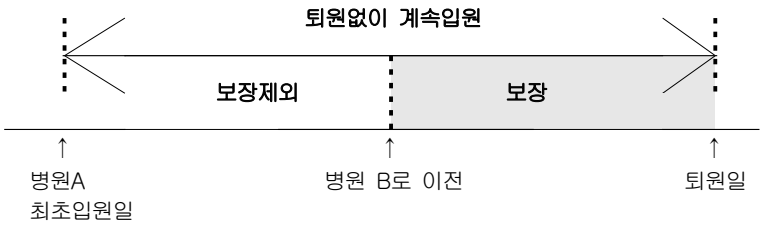
⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

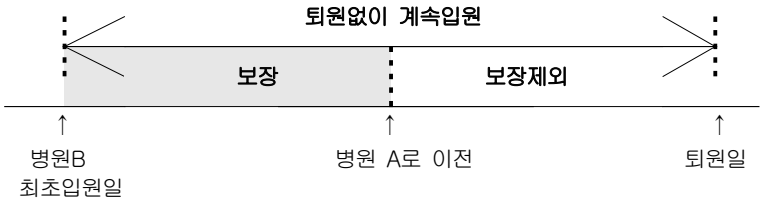
⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

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.

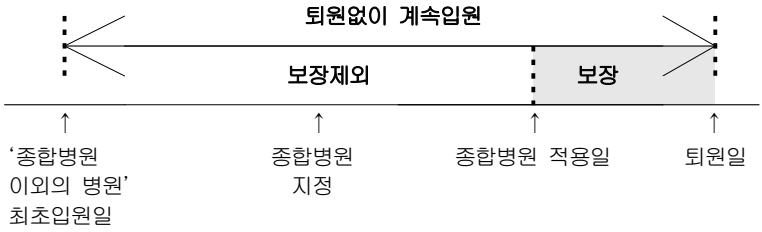
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



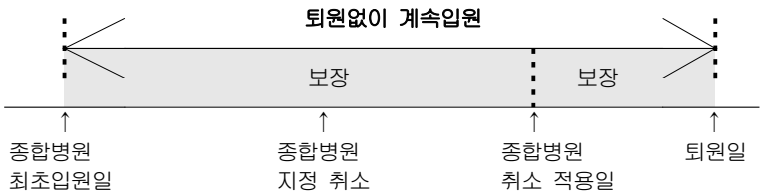
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·

산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 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 종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금

융위원회의 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

2-104. 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 4~5인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

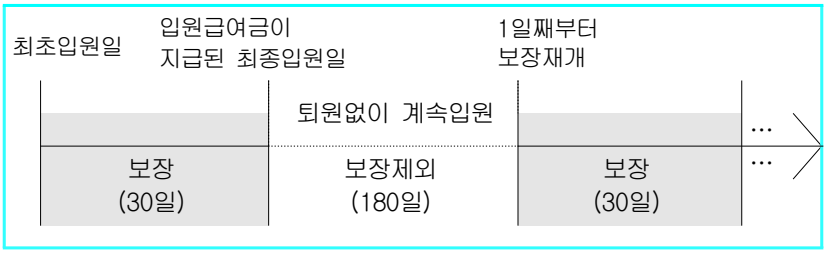
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우

이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을

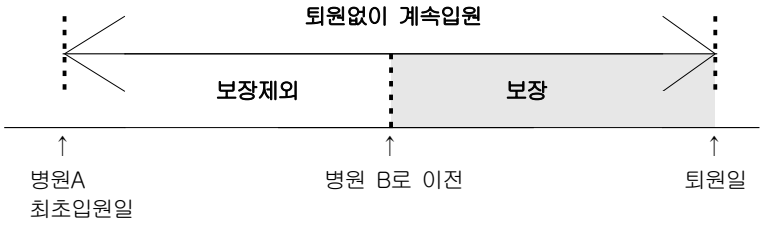
지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

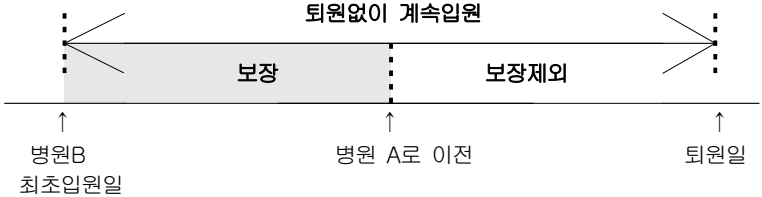
⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

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.

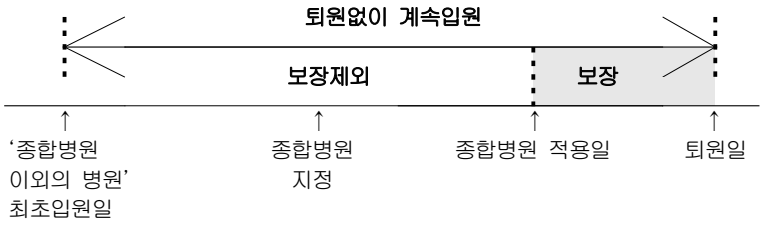
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



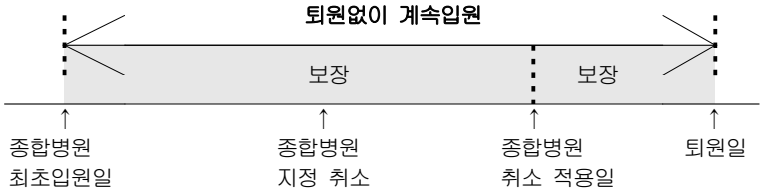
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 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 종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-105. 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 가입금액을 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

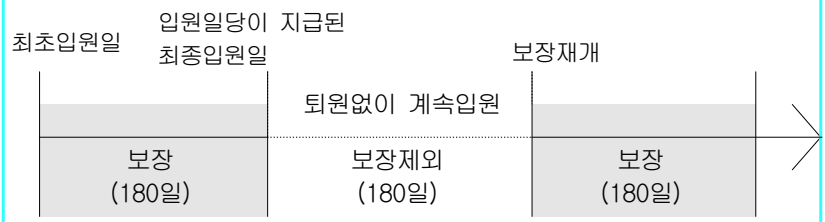
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)[예시]】



③ 이 특별약관에서「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

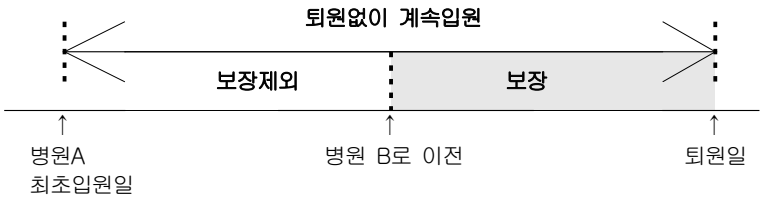
⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

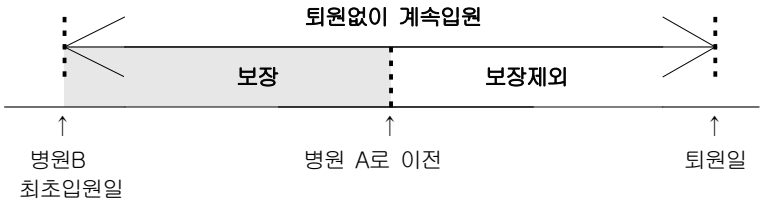
⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

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.

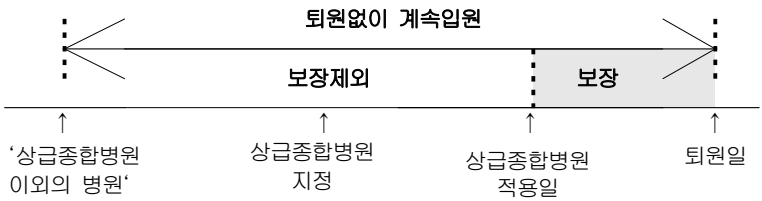
<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



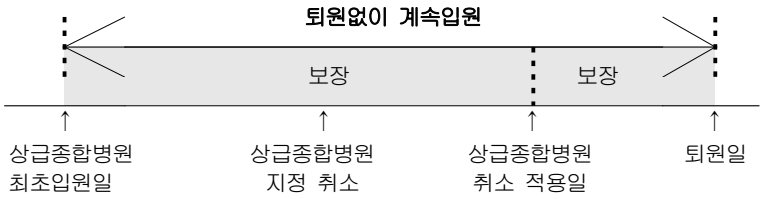
<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원이외의병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 제4조(상급종합병원의 정의)의 '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 경우에는 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. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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, 가

입금액 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-106. 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

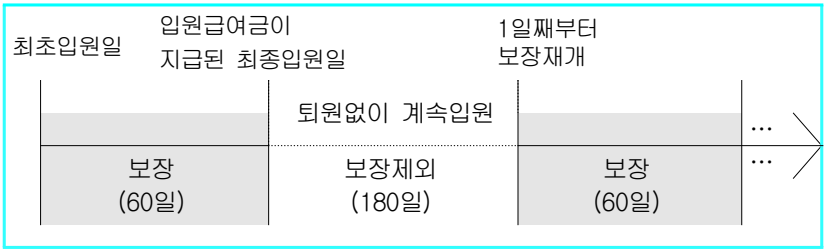
② 1항의「1인실」은「특실」병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 지급일수는 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 60일을 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60

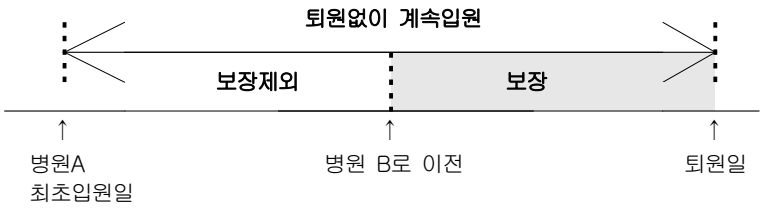
일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.

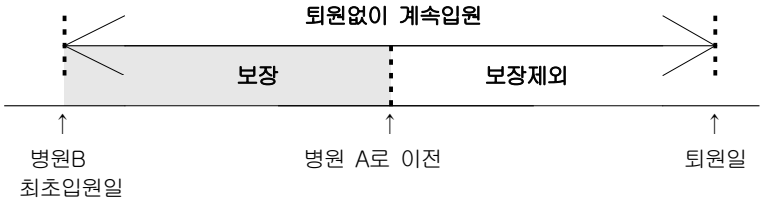
⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.

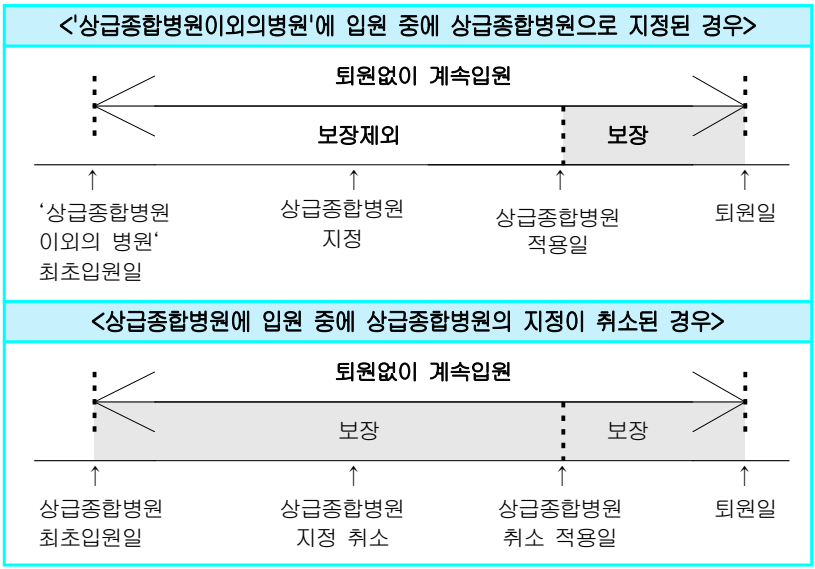
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및

전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원의 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 경우에는 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. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-107. 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

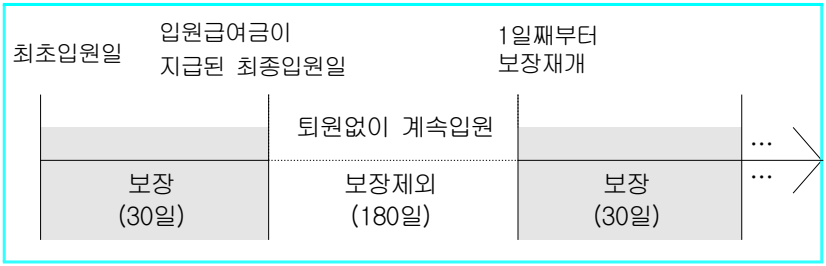
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급

종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이

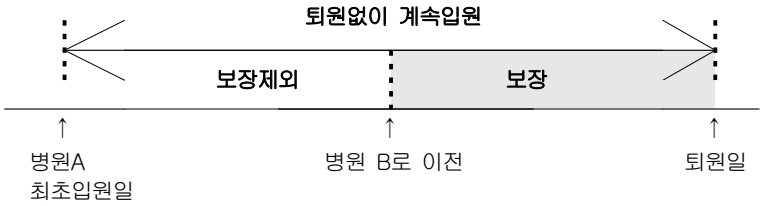
상30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

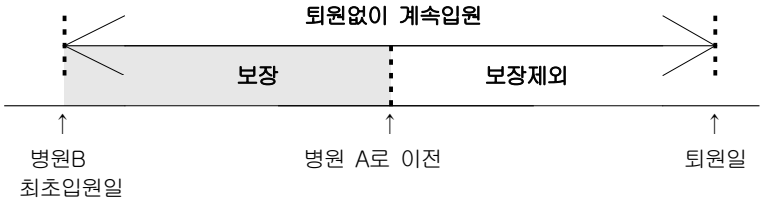
⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

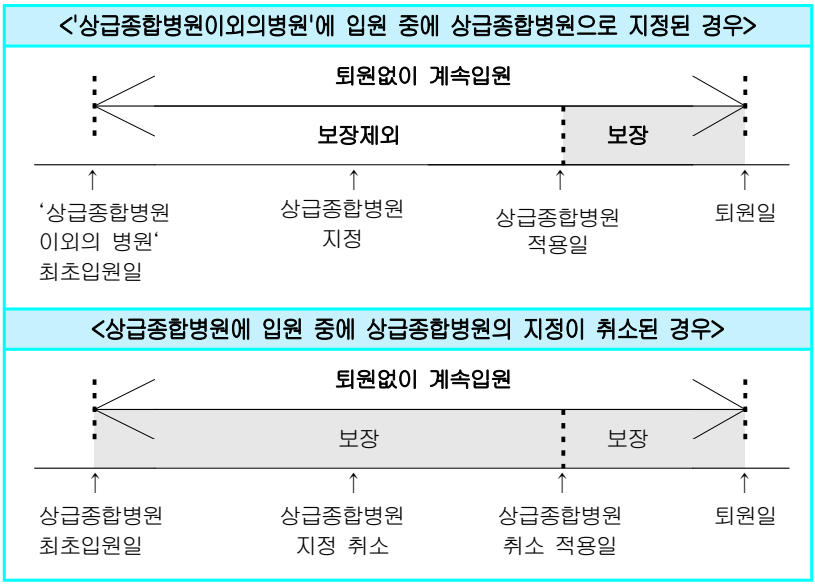
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및

전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원의 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 경우에는 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. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-108. 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원의 4~5인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

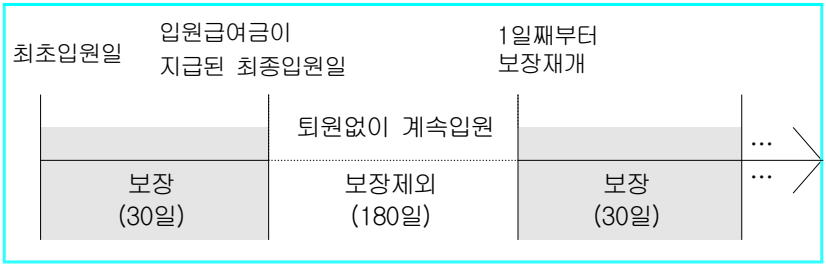
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 상급종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급

종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이

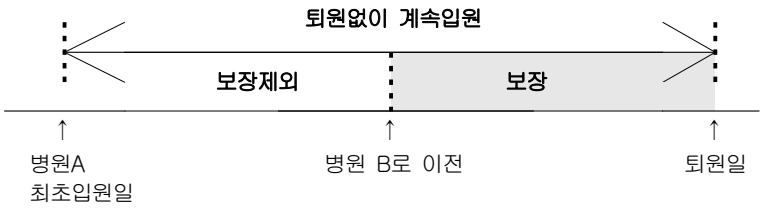
상30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

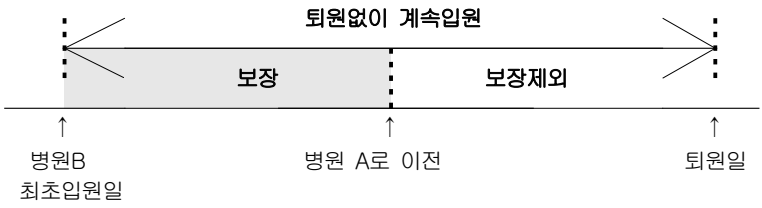
⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

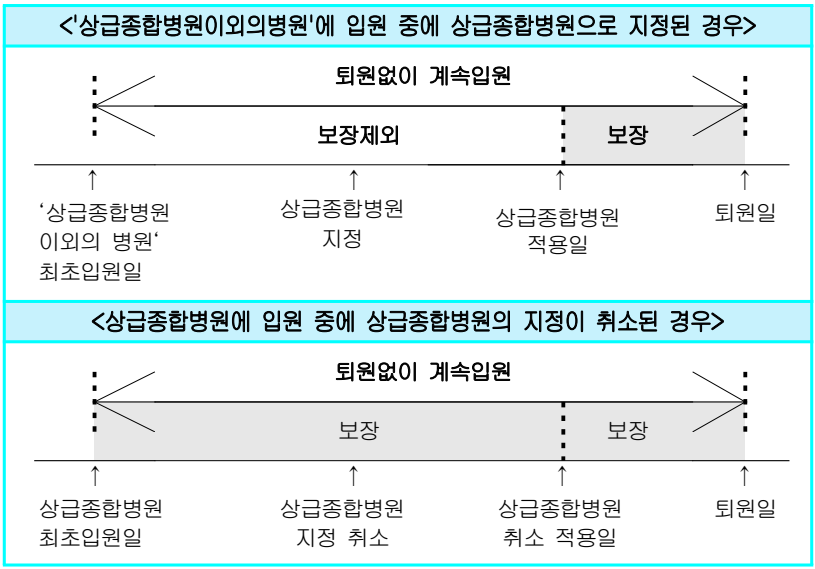
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및

전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 상급종합병원의 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 경우에는 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. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-109. 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

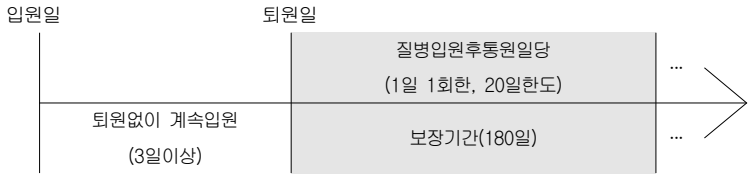
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하「입원후통원」이라 합니다)에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원후통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 3일이상 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 퇴원 없이 계속 입원하여 치료를 받고 퇴원한 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제1호의 퇴원일(이하 질병입원후통원일당의「기준일」이라 합니다)부터 180일 이내에 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 통원한 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 질병입원후통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 20일을 한도로 합니다.

【 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 보장기간[예시] 】



※ 피보험자가 해당 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원(통원) 하더라도 치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원에 입원(통원)한 경우에는 보험금 지급사유에서 제외됩니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 해당 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 해당 질병을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다시 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다)한 경우에는 퇴원없이 계속입원 한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 퇴원일을 포함하여 2일이 지난 이후에는 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다시 입원하더라도 질병입원후통원일당의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 동일한 질병에 대한 입원이라도 새로운 입원으로 봅니다.

⑥ 이 특별약관에서「동일한 질병」이란 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)의 3자리 분류번호가 동일한 경우를 말합니다. 이 외에도 통원기간 중에 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한「동일한 질병」의 분류번호와 다른 분류번호를 진단 받았으나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우에도「동일한 질병」으로 봅니다.

⑦ 동일한 입원기간 내에 2가지 이상의 질병을 진단확정 받았더라도 입원 후 통원일수는 질병별로 각각 적용하지 않고, 합산하여 최대 20일을 한도로 합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원후통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

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.

【 용어해설 】

[한국표준질병사인분류 부호 체계]

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

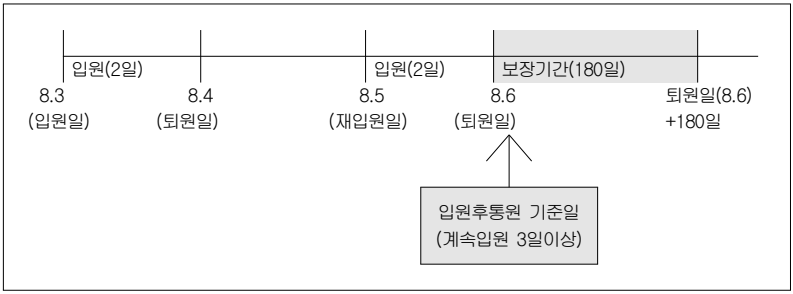
[3자리 분류번호]

I20, I24 등은 3자리로 표현된 분류번호라 합니다.

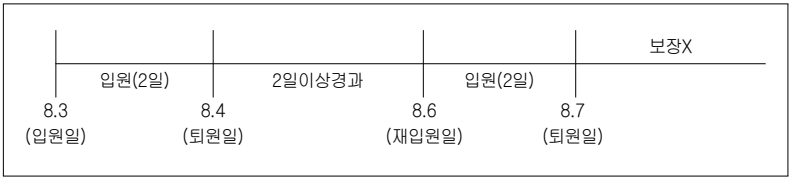
예를 들어 I20.8과 I20.9의 3자리 분류번호는 I20으로 동일하지만, I20.8과 I25.4의 3자리 분류번호는 각각 I20과 I25로 다릅니다.

3자리 분류번호	대상 질병코드
I20	I20, I20.0, I20.1, I20.8, I20.9
I24	I24, I24.0, I24.1, I24.8, I24.9
I25	I25, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9

[보상예시] 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 동일한 질병으로 재입원시

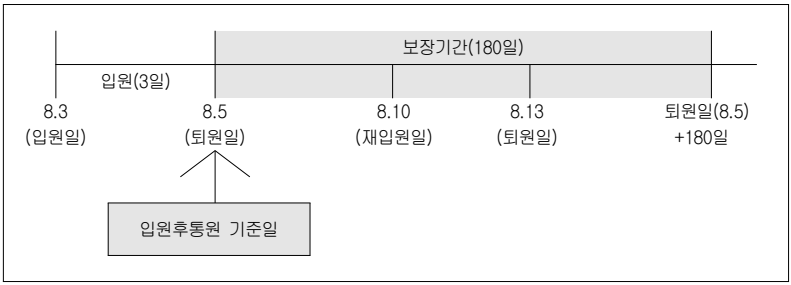


⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 질병으로 재입원시 퇴원없이 계속입원한 것으로 보아 입원일수를 합산함



⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 재입원하지 않은 경우 입원일수를 합산하지 않음 (계속입원일이 3일 미만으로 입원후통원 미해당)

[보상예시] 퇴원일 포함 2일이 지난 이후에 동일한 질병으로 재입원시



⇒ 동일한 질병으로 다시 입원하더라도 입원후통원의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않음 (단, 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 동일한 질병에 대한 입원이라도 새로운 입원으로 봄)

제3조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조(병원 등의 정의)

① 이 특별약관에서「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특별약관에서「치과의원」및「한의원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 치과의원 및 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과의원 및 한의원을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「치과병원」및「한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 치과병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과병원 및 한방병원을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-110. 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%

② 제1항의 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와

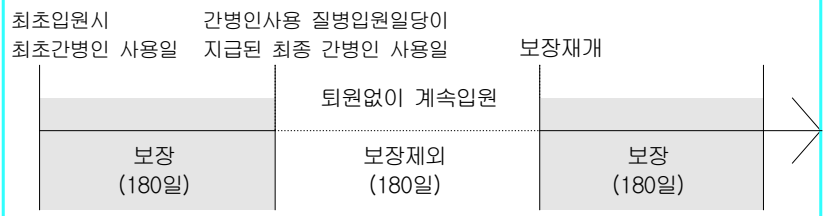
간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【지급금액 예시】

- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 : 2030년 5월 1일 ~ 2030년 5월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  1. 2030년 5월 12일 ~ 5월 17일 : 총 사용일수 6일, 총 사용금액 66만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
     → 2만원 × 6일 = 12만원 지급
  2. 2030년 5월 21일 ~ 5월 25일 오전, 5월 25일 오후, 5월 26일 오후 ~ 5월 28일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 48만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
     → 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 14일, 보험금 12만원 + 8만원 = 20만원 지급

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

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

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 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. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

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

② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다.) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
2. 간병인 또는 그 소속 업체의 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확

인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-111. 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

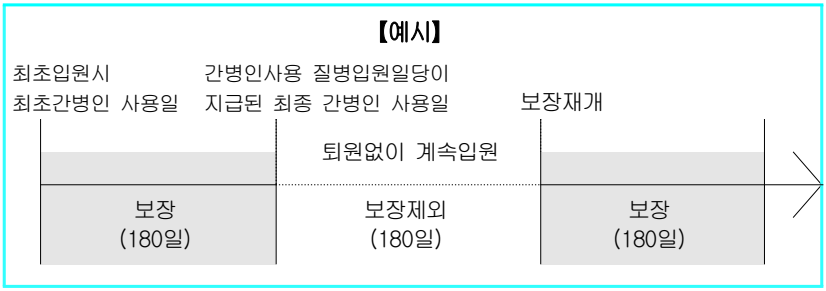
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 질

병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에

대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의

료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

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

② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험

료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-112. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

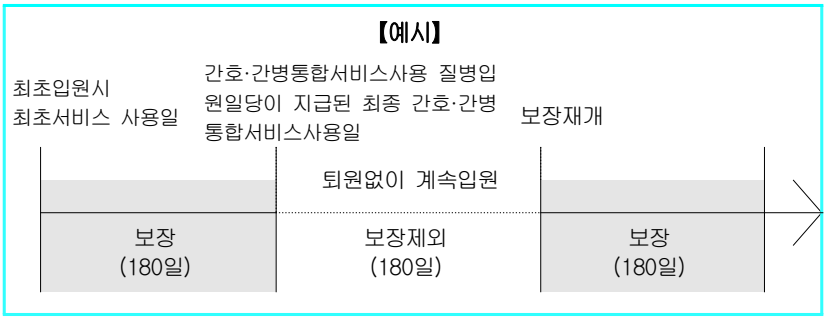
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용

일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



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

③ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간

호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
   단, 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보

험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-113. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

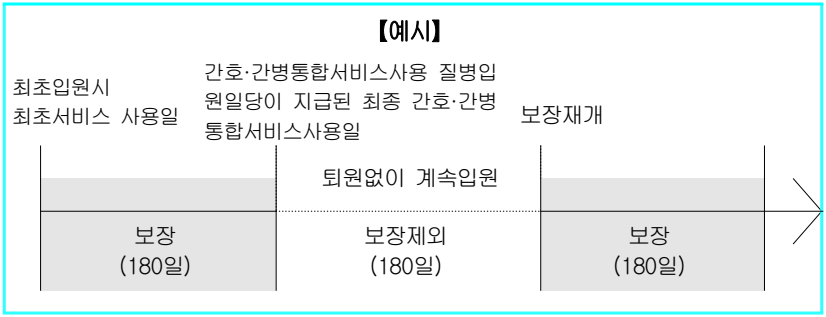
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하

도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



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

③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한

사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제6조(간호·간병통합서비스의 정의)

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

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하

고 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.

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

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

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

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
   단, 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-114. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

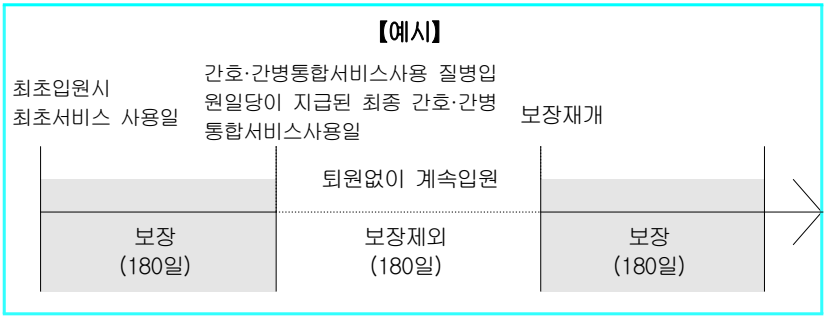
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났

을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제6조(간호·간병통합서비스의 정의)

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

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

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

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

   단, 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-115. 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

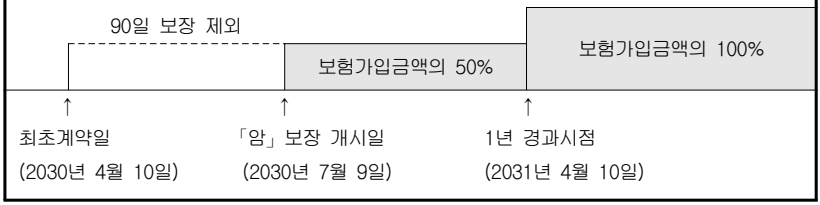
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암직접치료통원일당 (유사암제외) (요양병원제외,연간30회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】



③ 제1항의 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)은 하루에 2회이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며,「암」의 통원횟수를 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제3항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 '암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 암의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 암의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대

해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 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 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리

로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-116. 유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
유사암직접치료통원일당 (요양병원제외,연간30회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)은 하루에 2회이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 통원횟수를 각각 연간 30회 한도로 지급합니다.

③ 제2항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 '유사암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 유사암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 유사암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유사암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유사암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 이상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 유사암으로 진단된 경우에는 유사암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

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

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위

한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」의 직접적인 치료라 함은 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

③ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관

은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

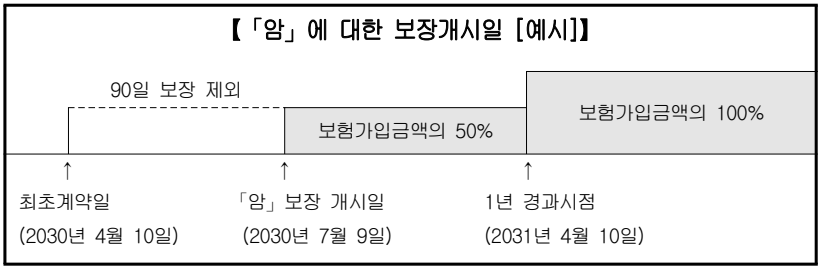
2-117. 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
암직접치료통원일당 (유사암제외)(상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.



③ 제1항의 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)은 하루에 2회이상 통원치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 이 특별약관에서 '암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)을 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 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 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및

전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나

「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-118. 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
유사암직접치료통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암직접치료통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회이상 통원치료 시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 이 특별약관에서 '유사암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 유사암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 유사암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유사암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유사암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 유사암으로 진단된 경우에는 유사암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)을 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(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】

『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】 『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」의 직접적인 치료라 함은 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

③ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-119. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2

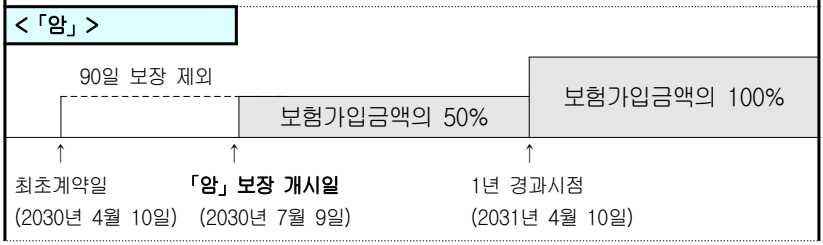
항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

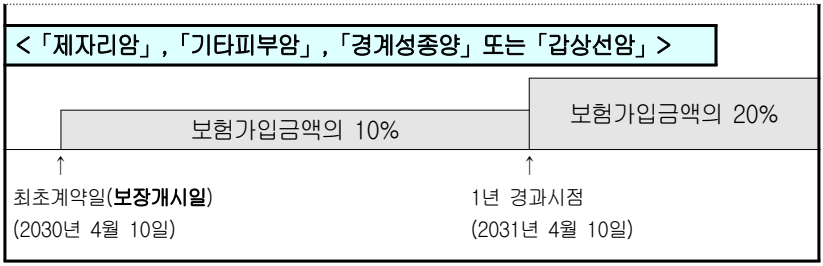
다만, 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의「보장개시일」은「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도) 보장개시일[예시]】



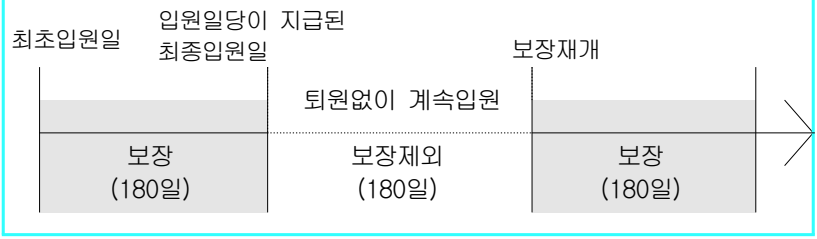


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)[예시]】



③ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선

암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며 질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】

『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에

는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과

유효성이 입증된 면역치료

2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교

육·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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-120. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

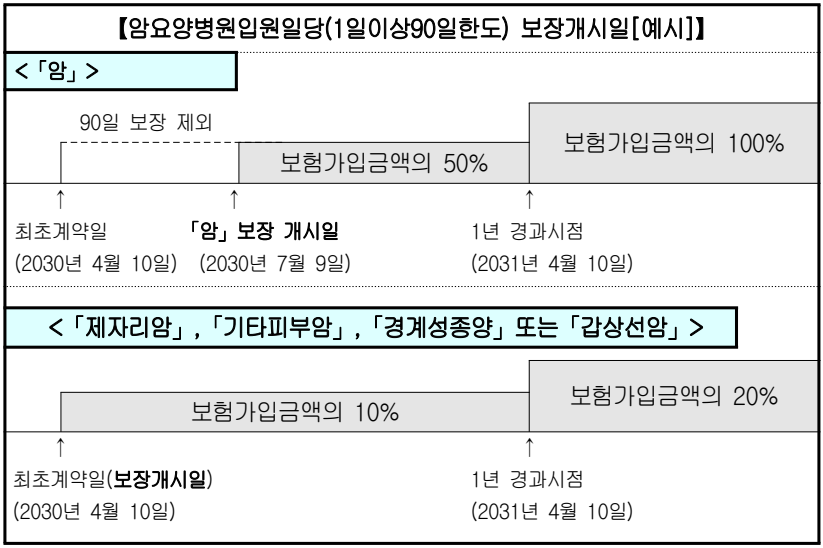
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양

병원입원일당(1일이상90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
「암」으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
「제자리암」,「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

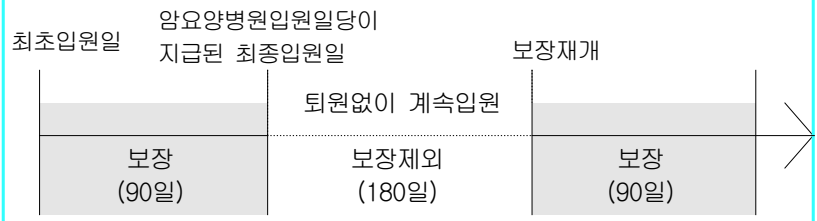


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

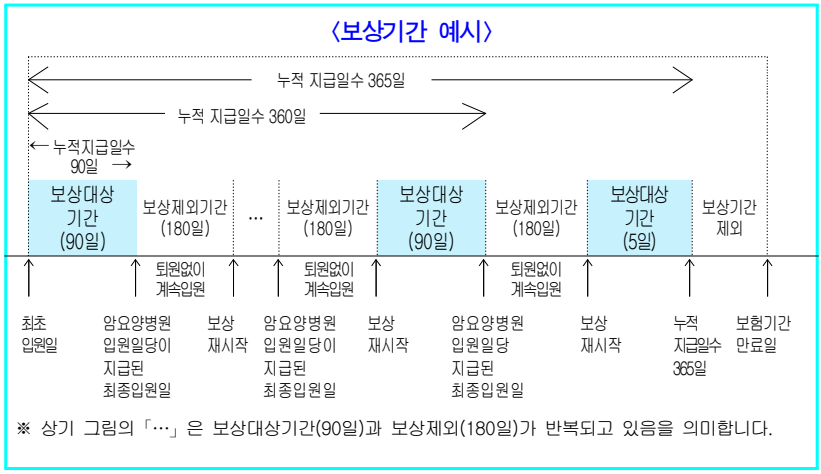
① 피보험자가 보험기간 중에 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암요양병원입원일당(1일이상90일한도)[예시]】



③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 계약일부터 지급된 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 인한 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받은 경우에는 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의 「…」 은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 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. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며

질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에

의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기

관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-121. 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원일당 (요양병원제외, 연간30회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급하며, 연간30회 한도로 지급합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

② 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)을 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(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표16】『뇌혈관질환 분류표』 참조)을 말합니다.

②「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「뇌혈관질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(요양병원 제외)에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 뇌혈관질환 치료를 직접적인 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병

의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-122. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
뇌혈관질환통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)을 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 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표16】『뇌혈관질환 분류표』 참조)을 말합니다.

②「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에

해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「통원」이라 함은「상급종합병원」의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「뇌혈관질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「상급종합병원」에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념 하는 것을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-123. 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원일당 (요양병원제외, 연간30회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급하며, 연간30회 한도로 지급합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심

장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

② 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)을 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(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표18】『허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「허혈성심장질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(요양병원 제외)에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 하는 것을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적

으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2-124. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 상급종합병원에

통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액	
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
허혈성심장질환통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표18】『허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.

②「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

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.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「통원」이라 함은「상급종합병원」의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「허혈성심장질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여「상급종합병원」에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념 하는 것을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅲ. 상해 및 질병관련 특별약관

[3종] 3-1. 보험료납입면제대상(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

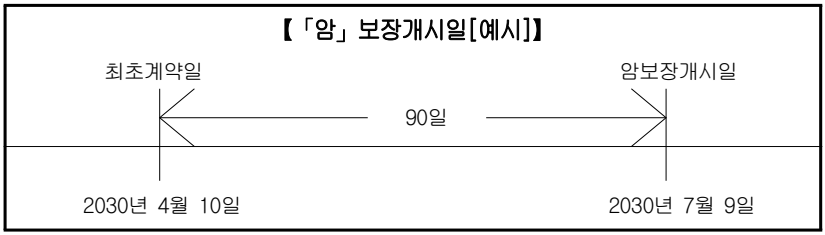
이 특별약관의 보험기간은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 3종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제형) 계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 아래의 지급사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
2. 보험료 납입기간 중 진단 확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표2】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
3. 「암」으로 진단 확정된 경우
4. 「뇌졸중」으로 진단 확정된 경우
5. 「급성심근경색증」으로 진단 확정된 경우

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며 그 외 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 제1항의 지급사유로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험료납입면제대상보장 보험금을 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험료납입면제대상보장 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2】 『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2】 『장해분류표』의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제대상보장 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험료납입면제대상보장 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험료납입면제대상보장 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는

질병은 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있

어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표15】『뇌졸중 분류표』참조)을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표17】『급성심근경색증 분류표』참조)을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제7조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시

일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[4종] 3-2. 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상)(3.10.10간편가입) 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 무배당 NH헤아림3.10.10.건강보험2504 4종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%), 납입면제미부가형)계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

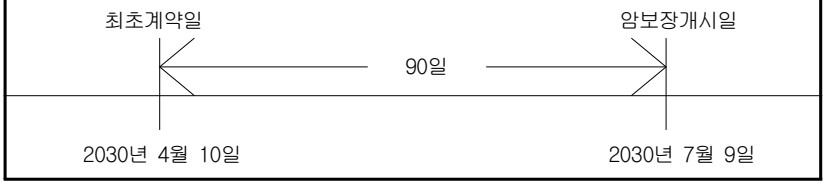
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 아래의 지급사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「암」으로 진단 확정된 경우
2. 「뇌졸중」으로 진단 확정된 경우
3. 「급성심근경색증」으로 진단 확정된 경우
4. 진단 확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표2】 『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
5. 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표2】 『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며 그 외 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

【「암」 진단 보장개시일[예시]】



③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 제1항의 지급사유로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상)보험금을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상)보험금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 및 제5호에서 장해지급률이 상해발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2】 『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2】 『장해분류표』의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의

각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표2】 『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호 및 제5호 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상) 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상) 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상) 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제4조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은

상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

③ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표15】『뇌졸중 분류표』참조)을 말합니다.

②「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사

제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표17】『급성심근경색증 분류표』참조)을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제7조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상) 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-3. 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 「깁스(Cast)치료」를 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회

에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

② 제1항의「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.

③ 제2항에서「부목(Splint cast) 치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-4. 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한「인공관절수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「인공관절수술」이라 함은 다음과 같습니다.

1. 고관절(엉덩이관절), 슬관절 (무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고「인공적으로 만든 관절」(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는「인공관절치환술」을 받은 경우
2. 손상된 골두를 제거하고「인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두」(특수 소재를 사용한 인공적 골두로 이하「인공골두」라 합니다)를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 회복시켜주는「인공골두삽입술」을 받은 경우

③ 제2항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 인공관절수술비 지급사유에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3-5. 고관절인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상

해 또는 질병의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한「고관절인공관절수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 고관절인공관절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「고관절인공관절수술」이라 함은 다음과 같습니다.

1. 고관절(엉덩이관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 고관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 고관절을 제거하고「인공적으로 만든 관절」(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는「인공관절치환술」을 받은 경우
2. 손상된 대퇴골두를 제거하고「인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두」(특수 소재를 사용한 인공적 골두로 이하「인공골두」라 합니다)를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 회복시켜주는「인공골두삽입술」을 받는 경우

③ 제2항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 고관절인공관절수술비 지급사유에 포함되지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 또는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Ⅳ. 갱신형 보장 특별약관

4-1. 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
① 갱신형 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)(3.10.10간편가입)
② 갱신형 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)(3.10.10간편가입)
③ 갱신형 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)(3.10.10간편가입)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써「통합상해사고」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 세부보장에 따라 각각 부위별로 연간 1회에 한하여 아래와 같이 통합상해진단비를 지급합니다.

구 분	부위	지급금액
1. 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
2. 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	

구 분	부위	지급금액
3. 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(통합상해사고의 정의)

① 이 특별약관에서「통합상해사고」라 함은「통합상해사고 분류표」(【별표45】 통합상해사고 분류표 참조)에서 정한 상해사고를 말합니다.

②「통합상해사고」진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「통합상해사고」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

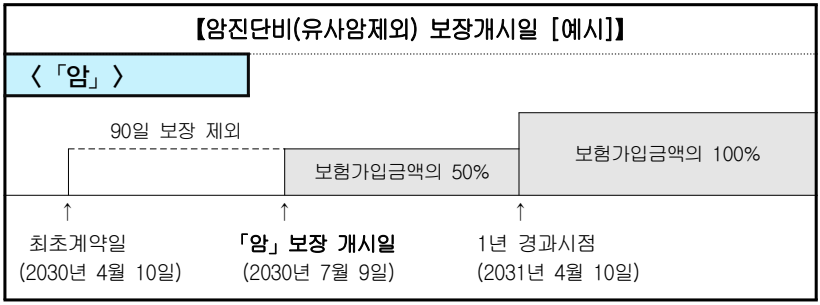
4-2. 갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
암진단비(유사암제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】 『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)

(Premalignant condition or condition with malignant potential)와「기타피부암」및「갑상선암」에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1항에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1항에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에

해당하는 질병으로 봅니다
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특

별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-3. 갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 통합암진단비(소액암)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(특정소화기계암)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(4대특정암)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(심장암및뇌암)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(폐암)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(4대특정암II)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 통합암진단비(12대특정암)(3.10.10간편가입)보장

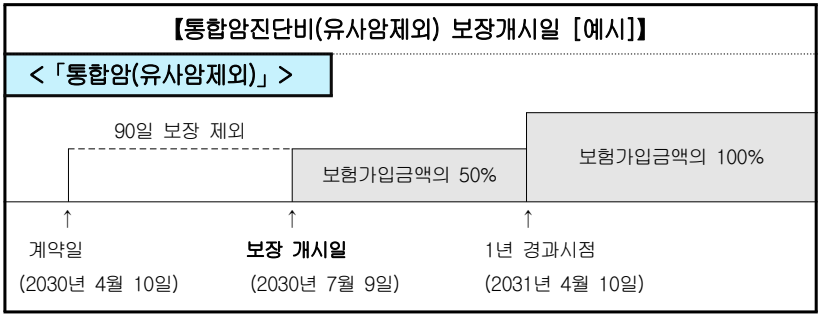
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「통합암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
1. 통합암진단비(소액암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 통합암진단비(특정소화기계암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 통합암진단비(4대특정암) 보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
5. 통합암진단비(심장암및뇌암) 보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
6. 통합암진단비(폐암)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
7. 통합암진단비(4대특정암Ⅱ) 보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
8. 통합암진단비(12대특정암) 보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「보장개시일」은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합암(유사암제외)」라 함은 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대특정암」, 「림프종및백혈병관련 암」, 「심장암및뇌암」, 「폐

암」,「4대특정암Ⅱ」,「12대특정암」8개의 세부보장(【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』참조)을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항의「소액암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 소액암을 말합니다.

③ 제1항의「특정소화기계암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 특정소화기계암을 말합니다.

④ 제1항의「4대특정암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암을 말합니다.

⑤ 제1항의「림프종및백혈병관련암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 림프종및백혈병관련암을 말합니다.

⑥ 제1항의「심장암및뇌암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표)』에서 정한 세부보장 심장암및뇌암을 말합니다.

⑦ 제1항의「폐암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표)』에서 정한 세부보장 폐암을 말합니다.

⑧ 제1항의「4대특정암Ⅱ」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암Ⅱ를 말합니다.

⑨ 제1항의「12대특정암」이라 함은【별표46】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 12대특정암을 말합니다.

⑩「통합암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「통합암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 보장 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 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 다음날부

터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「통합암(유사암제외)」로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「소액암」,「특정소화기계암」,「4대특정암」,「림프종및백혈병관련암」,「심장암및뇌암」,「폐암」,「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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「소액암」,「특정소화기계암」,「4대특정암」,「림프종및백혈병관련암」,「심장암및뇌암」,「폐암」,「4대특정암Ⅱ」또는「12대특정암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의

규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-4. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래의 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 중증질환자 유사암및양성신생물산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장

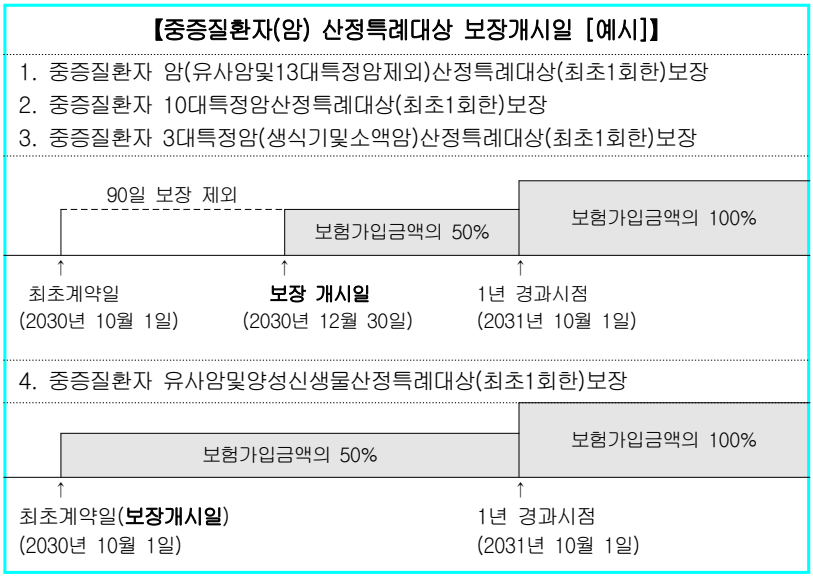
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」으로 진단 확정되고, 그 질병을 직접적인 원인으로 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초1회에 한하여 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
1. 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외) 산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 중증질환자 10대특정암 산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암) 산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 중증질환자 유사암및양성신생물 산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금은「중증질환자(암) 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 각 보장별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항 제1호 내지 제3호의「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 제1항 제4호의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(암) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암) 산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자(암) 산정특례대상 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자

(암) 산정특례대상 질병」으로【별표35】중증질환자(암) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」이라 함은【별표35-1】중증질환자(암) 산정특례대상 질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외하며,「암」에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

③ 제2항의「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단

이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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' 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 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 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(암) 산정특례대상 등록신청 절차】

「중증질환자(암) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상 질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

① 이 특별약관에서「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제8조에 의해 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조에 의

한 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 목적으로 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약

관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 아래 각호에서 정한 보장별 해당 질병으로 진단 받은 경우에는 해당 보장 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

구 분	해당 질병
1. 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)보장	암(유사암 및 13대특정암 제외)
2. 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)보장	10대특정암
3. 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)보장	3대특정암(생식기 및 소액암)

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 정한 중증질환자 3대특정암

(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에서 정한 중증질환자 유사암및양성신생물산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금을 모두 지급한 경우에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-5. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후림프절전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후특정전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 아래 각호에 해당하는 경우에는 해당 보장별 지급금액을 각각 최초1회에 한하여 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1.「중증질환자(암)산정특례대상」으로「산정특례 신규등록」되고「림프절전이암」으로 진단 확정된 경우

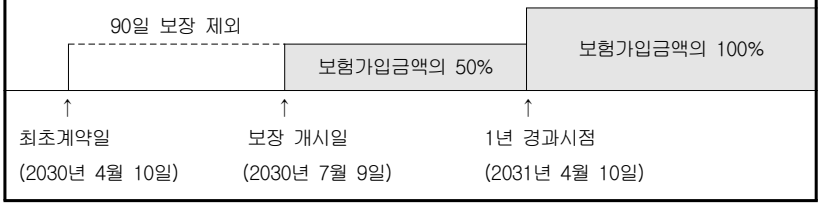
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
중증질환자(암)산정특례대상이후 림프절전이암진단비 (최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

2.「중증질환자(암)산정특례대상」으로「산정특례 신규등록」되고「특정전이암」으로 진단 확정된 경우

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
중증질환자(암)산정특례대상이후 특정전이암진단비(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비 보장개시일 [예시]】



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(암) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자(암)산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」으로 【별표35】 『중증질환자(암) 산정특례대상 분류표』에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」이라 함은 【별표35-1】 『중증질환자(암) 산정특례대상 질병 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(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「중증질환자(전이암) 산정특례대상 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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' 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 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 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(암) 산정특례대상 등록신청 절차】

「중증질환자(암)산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

① 이 특별약관에서「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제9조에 의해 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

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

【중증질환자(전이암) 산정특례 재등록】

1. 법령에서 정한 중증질환자 암 산정특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 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.

제5조(전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「전이암」이라 함은「림프절전이암」및「특정전이암」을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「림프절전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」로 분류되는

질병(【별표40】 『전이암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」, 「부위의 명시가 없는 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표40】 『전이암 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 아래 각호에서 정한 보장별 해당 질병으로 진단 받은 경우에는 해당 보장 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

구 분	해당 질병
1. 중증질환자(암)산정특례대상이후림프절전이암진단비(최초1회한)보장	림프절전이암
2. 중증질환자(암)산정특례대상이후특정전이암진단비(최초1회한)보장	특정전이암

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한「중증질환자(암)산정특

례대상이후림프절전이암진단비(최초1회한)보장」 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 「중증질환자(암)산정특례대상이후특정전이암진단비(최초1회한)보장」 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보험금을 모두 지급한 경우에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

⑤ 제4항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-6. 갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 경우에는 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	보험계약일부터 1년 미만	보험계약일부터 1년 이상	
갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선바늘생검조직병리진단(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
갑상선생검-침생검	C8591

② 이 특별약관에서「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「갑상선바늘생검조직병리진단」이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.

③「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1항의「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 조직검사결과지에서「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 것으로 봅니다.

⑦「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-7. 갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 경우에는 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	보험계약일부터 1년 미만	보험계약일부터 1년 이상	
전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(전립선바늘생검조직병리진단(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
전립선생검-경피적	C8551

② 이 특별약관에서「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「전립선바늘생검조직병리진단」이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.

③「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1항의「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 조직검사결과지에서「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우

「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 것으로 봅니다.

⑦「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 전립선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가「전립선바늘생검조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관

은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-8. 갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「유방바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 경우에는 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	보험계약일부터 1년 미만	보험계약일부터 1년 이상	
유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(유방바늘생검조직병리진단(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
유방생검(편측)-침생검	C8641

② 이 특별약관에서 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유방바늘생검조직병리진단」이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.

③ 제1항의 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1항의 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「유방바늘생검조직병리진

단(급여)」당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「유방바늘생검조직병리진단(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 조직검사결과지에서「유방바늘생검조직병리진단(급여)」시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「유방바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 것으로 봅니다.

⑦「유방바늘생검조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 유방의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가「유방바늘생검조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-9. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 최초1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해로 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액	
	최초계약	갱신계약
중증질환(뇌혈관) 산정특례대상(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

2. 질병으로 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
중증질환(뇌혈관) 산정특례대상(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한) 보험금은「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」이라 함은【별표36】중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 이

미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

· 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

· 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관)산정특례대상 보험

금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-10. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해로 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액	
	최초계약	갱신계약
중증질환(뇌혈관) 산정특례대상(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

2. 질병으로 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
중증질환(뇌혈관) 산정특례대상(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한) 보험금은「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」이라 함은【별표36】중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 개정으로

산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1시행)'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

· 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

· 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-11. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로「중증질환자 심장질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 최초1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해로 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액	
	최초계약	갱신계약
중증질환(심장) 산정특례대상(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

2. 질병으로 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
중증질환(심장) 산정특례대상(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한) 보험금은「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라「중증질환자 심장질환 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서「중증질환자 심장질환 산정특례대상」이라 함은【별표37】중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여

비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

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

【중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

·「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

· 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식술을 받는 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장)산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-12. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로「중증질환자 심장질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

1. 상해로 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액	
	최초계약	갱신계약
중증질환(심장) 산정특례대상(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

2. 질병으로 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 등록된 경우

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
중증질환(심장) 산정특례대상 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한) 보험금은「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라「중증질환자 심장질환 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」이라 함은【별표 37】중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 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 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

② 제1항에도 불구하고 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-294호, 2023.1.1시행)'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

· 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

· 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식술을 받는 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입),

건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-13. 갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여「중증화상 산정특례대상」으로「산정특례 신규등록」된 경우에는 최초1회에 한하여 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 중증화상 산정특례대상 보험금은「중증화상 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라「중증화상 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상 산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증화상 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서「중중화상 산정특례대상」이라 함은【별표38】중증화상 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 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 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

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

【중증화상 산정특례 등록신청 절차】

「중증화상 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

① 이 특별약관에서「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

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

【중증화상 산정특례 재등록】

법령에서 정한 중증화상 산정특례기간(1년) 종료 후 2년이내에 '중증화상의 수술을 받는 경우(V306 제외)'에는 산정특례 재등록을 할 수 있다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진

이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상 산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-14. 갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로「중증외상 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 중증외상 산정특례대상(연간1회한) 보험금은「중증외상 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라「중증외상 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증외상 산정특례대상(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증외상 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중증외상 산정특례대상”이라 함은【별표39】(중증외상 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 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 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

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

【중증외상 산정특례 등록신청 절차】

「중증외상 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관

은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-15. 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

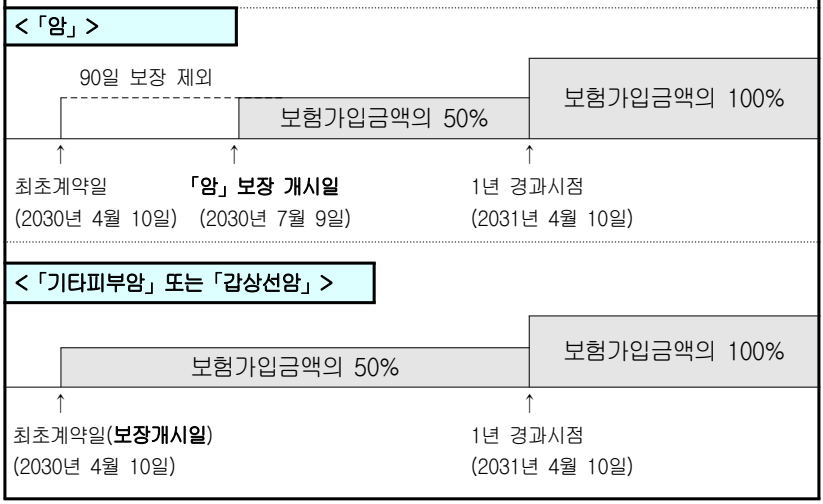
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후「항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에「항암방사선치료후 5대합병증」중 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염으로 진단확정」되거나 「항암방사선치료를 받은 날로부터 90일 이내에「항암방사선치료후 5대합병증」중 폐렴, 뇌부종으로 진단확정」되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
항암방사선치료후5대 합병증진단비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 보장개시일 [예시] 】



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사

선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」

으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(항암방사선치료후 합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「항암방사선치료후 5대합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「항암방사선치료후 5대합병증」으로 분류되는 질병(【별표64】『항암방사선치료후 5대합병증 분류표』참조)을 말합니다.

② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-16. 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

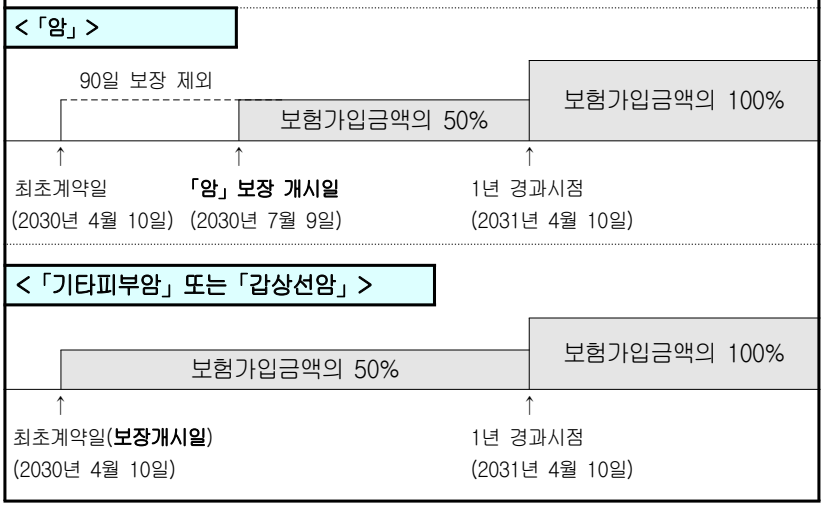
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후「항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에「항암방사선치료후 4대합병증」으로 진단확정」되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상	
항암방사선치료후4대 합병증진단비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 보장개시일 [예시] 】



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사

선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」

으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선치료후 합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「항암방사선치료후 4대합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「항암방사선치료후 4대합병증」으로 분류되는 질병(【별표65】『항암방사선치료후 4대합병증 분류표』참조)을 말합니다.

② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

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

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-17. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

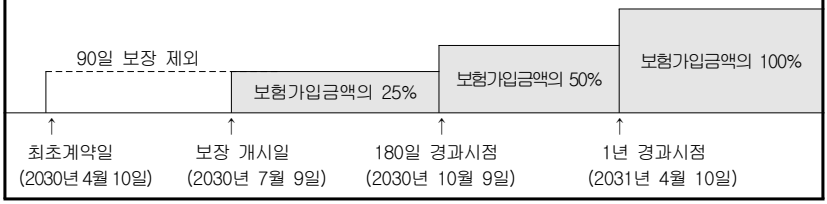
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암(특정암제외)」로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇암수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액			
	최초 계약			갱신계약
	보험계약일부터 180일미만	보험계약일부터 180일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 25%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암(특정암제외)」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

【「암(특정암제외)」에 대한 보장개시일 [예시]】



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암(특정암제외)」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료는 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(특정암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(특정암제외)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표11】『악성신생물(암) 분류표』참조) 중에서「전립선암」및「갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항에서 정한「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.

④「암(특정암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암(특정암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(특정암제외)」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(다빈치로봇암수술의 정의)

① 이 특별약관에서「다빈치로봇암수술」이라 함은「암(특정암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ961

【용어풀이】
다빈치로봇암수술이란 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「다빈치로봇암수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇암수술」당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇암수술」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「다빈치로봇암수술」을 받은 것으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진

자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약

관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암(특정암제외)」로 진단 확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

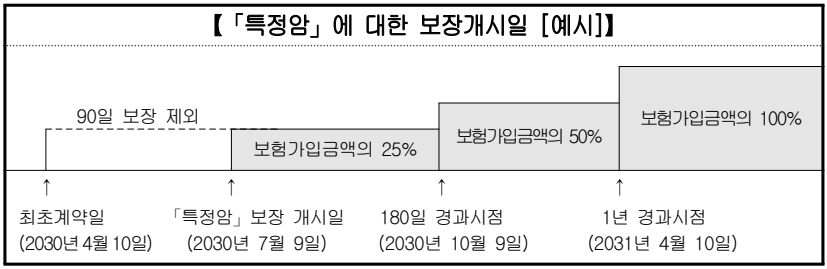
4-18. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「특정암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇암수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액			
	최초계약			갱신계약
	보험계약일부터 180일미만	보험계약일부터 180일이상 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 25%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「특정암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「특정암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료는 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정암」이라 함은「전립선암」및「갑상선암」을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항에서 정한「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.

④「특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에

대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(다빈치로봇암수술의 정의)

① 이 특별약관에서「다빈치로봇암수술」이라 함은「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ961

【용어풀이】
다빈치로봇암수술이란 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 「다빈치로봇암수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇암수술」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇암수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇암수술」을 받은 것으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除,

특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약

관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 「특정암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-19. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

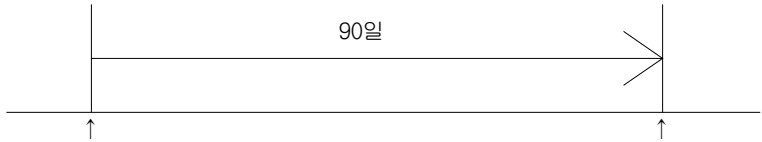
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만「암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이상「암」으로 최초 진단 확정 시	
암주요치료비 (유사암제외) (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) 보장개시일 [예시]】

〈「암」〉



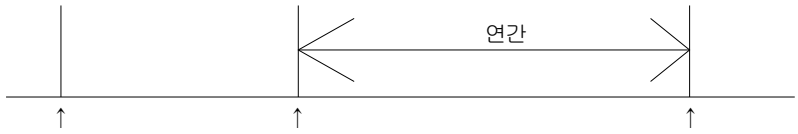
④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑤ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

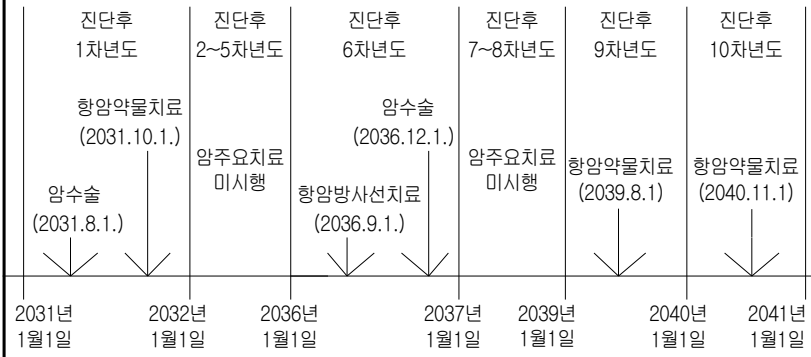
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후

보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위

한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」 을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

④ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험

금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-20. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

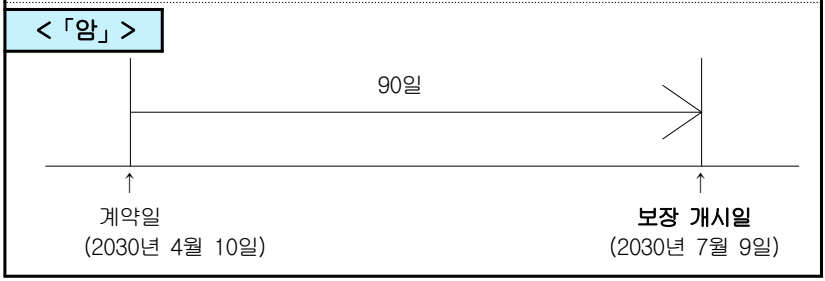
① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만「암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이상「암」으로 최초 진단 확정 시	
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」보장개시일 [예시]】

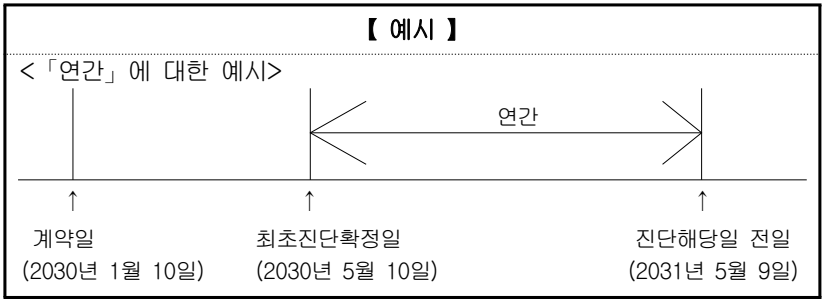


④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑤ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

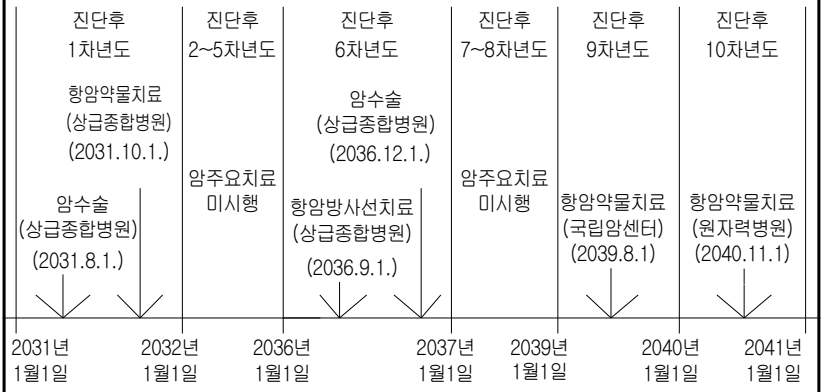
⑥ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

【 예시 】



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(기타피부암 및 갑상선암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(기타피부암 및 갑상선암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후

보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진

찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을

말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립・운영한다.

제29조(부속기관의 설치)
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】
제13조의2(한국원자력의학원의 설립)
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.
제13조의3(분원 또는 부설기관)
의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제11조(특별약관의 갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

4-21. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)보장
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

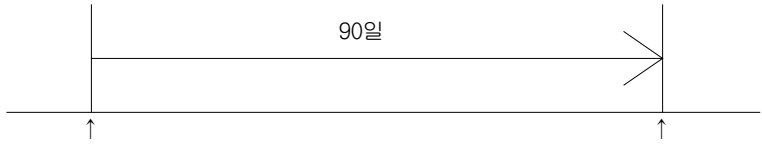
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만「암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후「암」으로 최초 진단확정시	
1.「암」으로 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2.「암」으로 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 암주요치료는「암」(최초 진단과 상이한「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 보장개시일 [예시]】

<「암」>



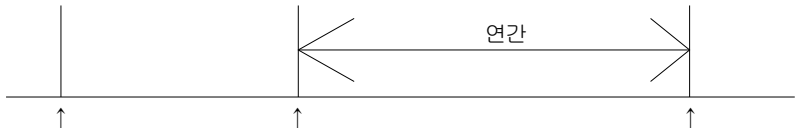
④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑤ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

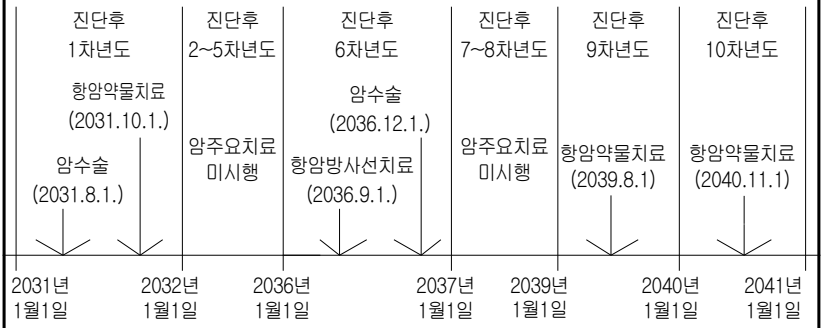
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일 (보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
※2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후

보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부

위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 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 다

음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험

금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-22. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

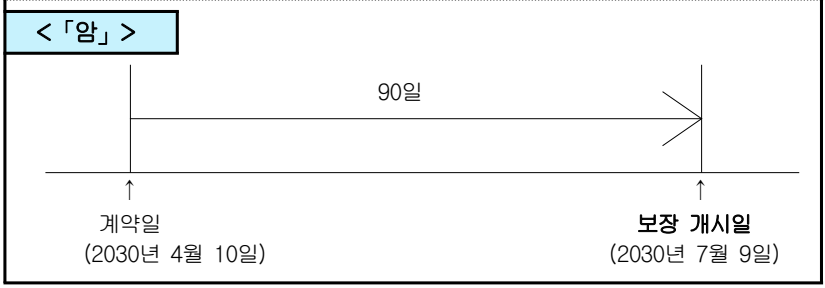
① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만 「암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「암」으로 최초 진단확정시	
1. 「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한) 보장개시일 [예시]】



④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

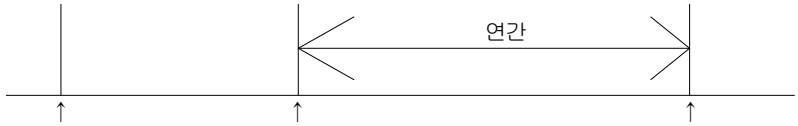
⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

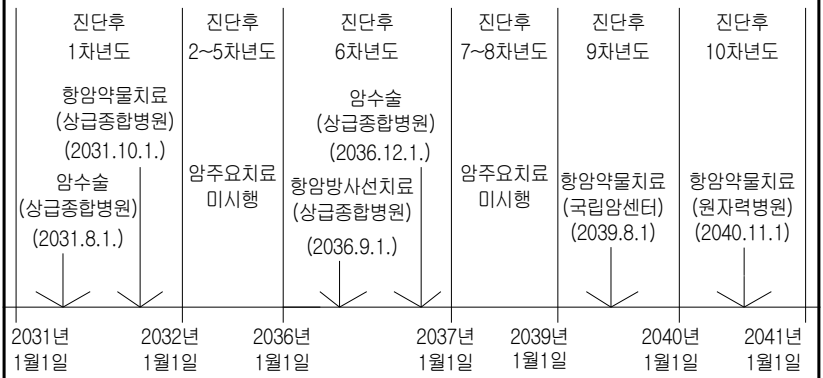
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	1,000만원 (50%지급)

※2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단 받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단 받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적

으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병

원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제11조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-23. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후「유사암」으로 최초 진단확정시	
유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

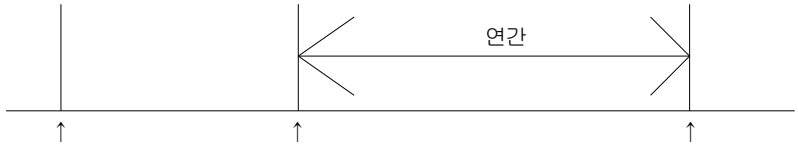
② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

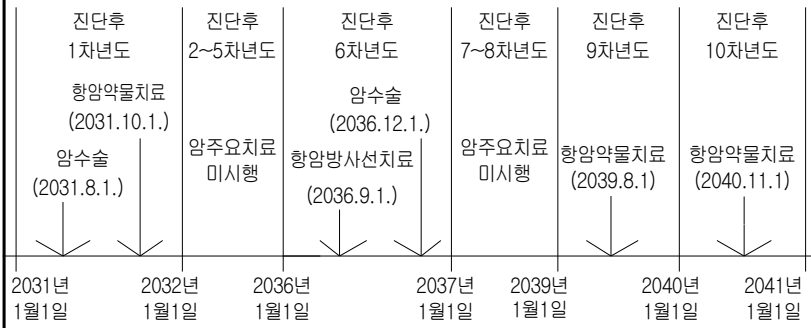
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적

으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증

을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-24. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만 「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「유사암」으로 최초 진단확정시	
유사암주요치료비 (상급종합병원플러스, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

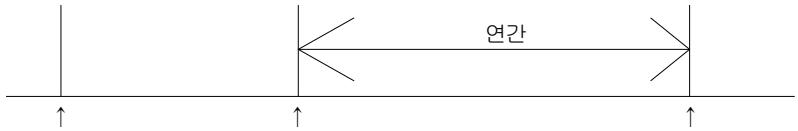
② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

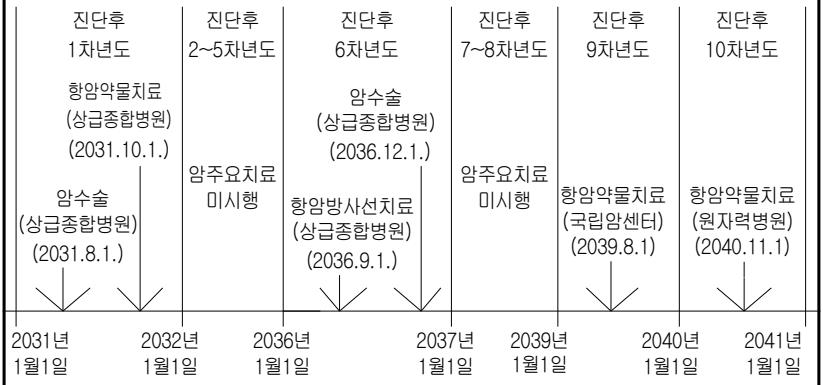
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및

미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-25. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 갱신형 유사암주요치료비(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

· 갱신형 유사암주요치료비(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금

액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만 「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「유사암」으로 최초 진단확정시	
1.「유사암」으로 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2.「유사암」으로 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

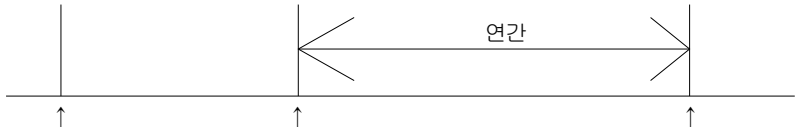
② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

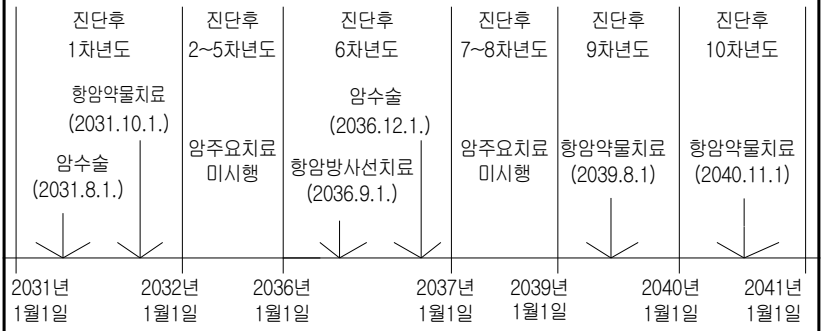
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억

제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-26. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

※ 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 갱신형 유사암주요치료비(암수술치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장
- 갱신형 유사암주요치료비(암특정치료)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만 「유사암」으로 최초 진단확정시	계약일로부터 1년 이후 「유사암」으로 최초 진단확정시	
1.「유사암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2.「유사암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

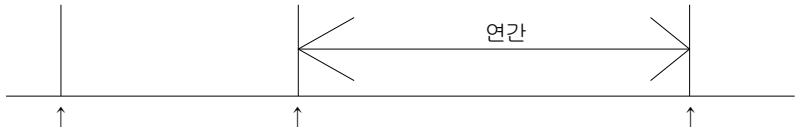
② 제1항의 유사암주요치료는「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(최초 진단과 상이한「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

④ 제1항의 연간이라 함은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

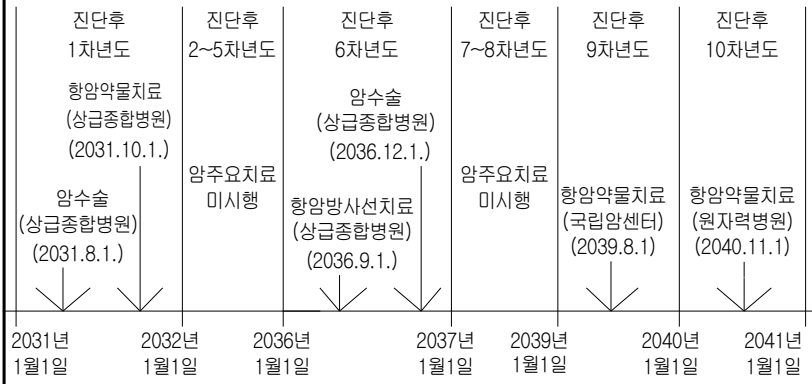
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 200만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	지급 대상 아님	100만원 (50%지급)	100만원 (50%지급)

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표12】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표13】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

⑤「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

③「암수술치료」및「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3.「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4.「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의「암수술치료」또는「암특정치료」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 호스피스완화의료 치료는「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의「수술」은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하

는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-27. 갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로「하이클래스 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

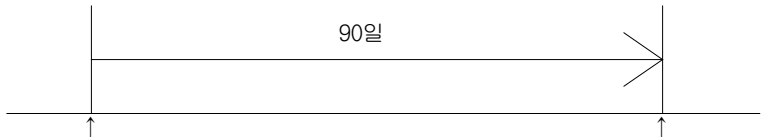
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이상 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	
하이클래스 암주요치료비 (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 하이클래스 암주요치료는 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」(최초 진단과 상이한 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」>



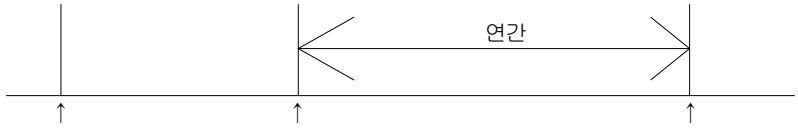
④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

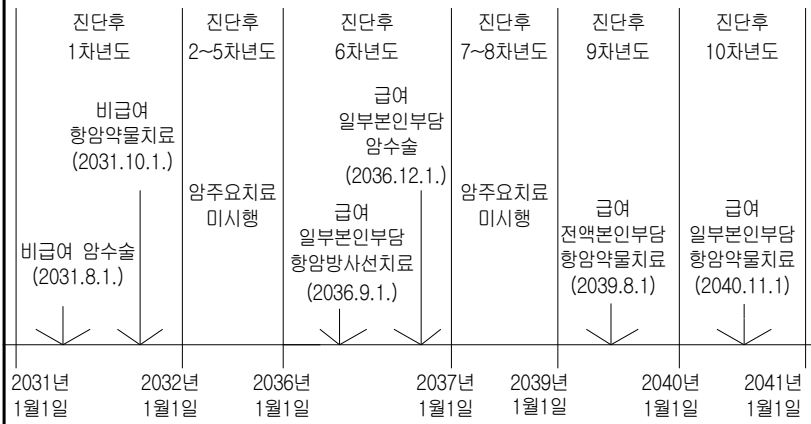
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가

능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암주요치료」라 함은 암을 제거하거나「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의

학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」 또는 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「하이클래스 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이나 「하이클래스 암주요치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및

제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없

는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 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.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

4-28. 갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서「하이클래스 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

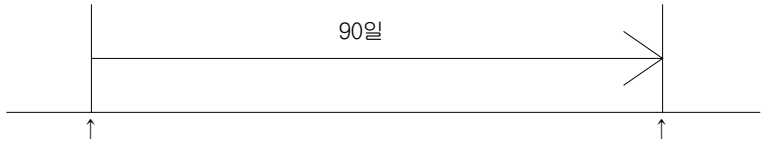
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이상「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	
하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(최초진단과 상이한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」>



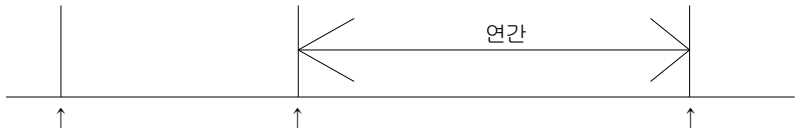
④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑤ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

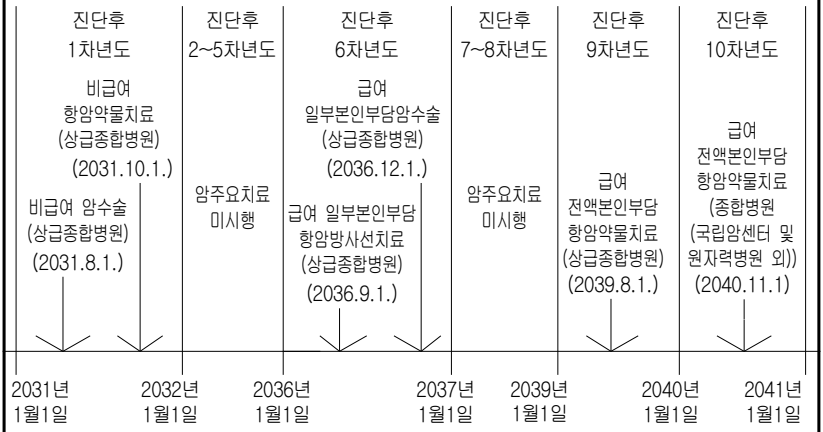
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

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

제4조(하이클래스 암주요치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로

「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우

2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」 또는 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「하이클래스 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 이나 「하이클래스 암주요치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주

입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)

① 이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」

으로 진단확정 되는 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.

제11조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우

에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

4-29. 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

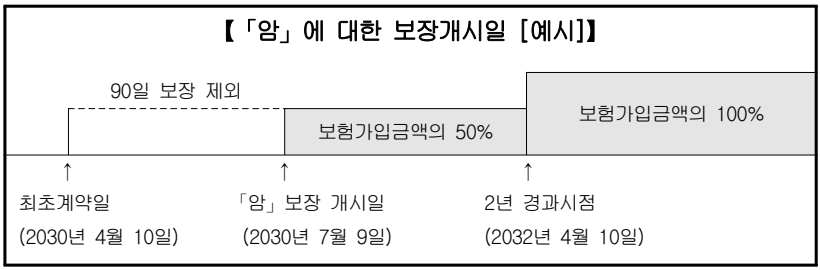
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암약물허가치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
표적항암 약물허가치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선

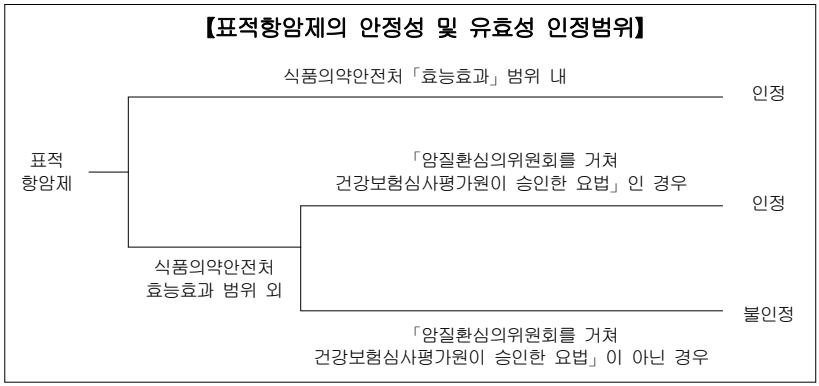
암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암」,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

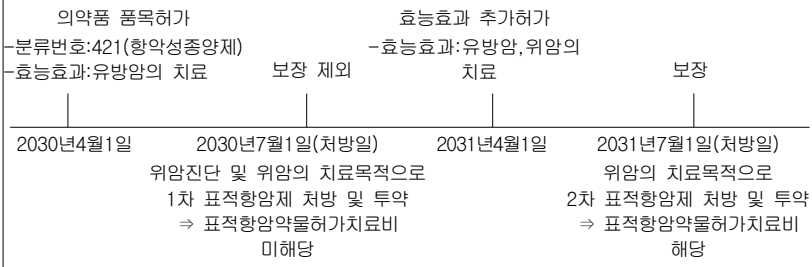
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

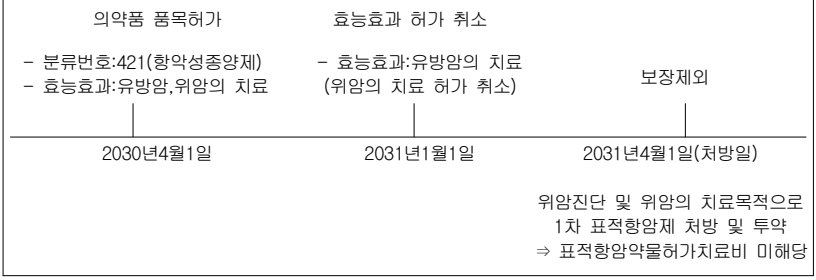


② 제1조(보험금의 지급사유)의「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료비의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【「안전성과 유효성 인정 범위」변경(삭제) 예시 : 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



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(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료비의 정의)

① 이 특별약관에서「표적항암제」라 함은 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 제외합니다.

【용어풀이】

· **호르몬 관련치료제**란 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용제에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

· **세포독성 항암제**란 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**란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하여, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (**【별표29】** 『특정질병 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내』 참조)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 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」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 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) – 의료정보 – 의약품정보 – 암질환사용약제 및 요법 – 항암화학요법 – 허가초과항암요법 – 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약

관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

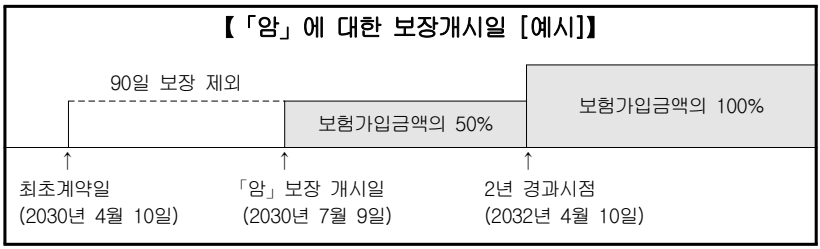
4-30. 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암약물허가치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
표적항암 약물허가치료비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

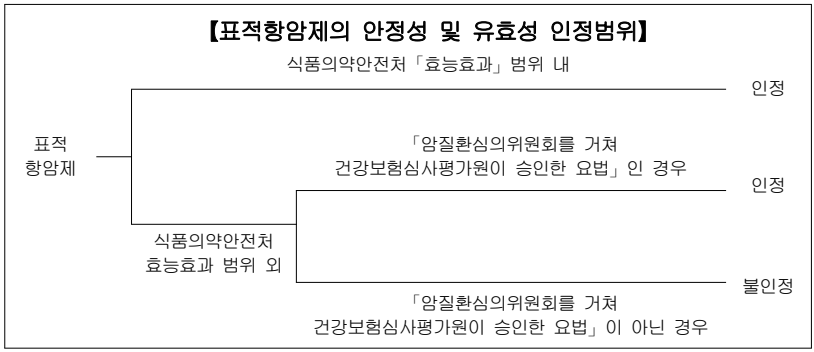


③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암」,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

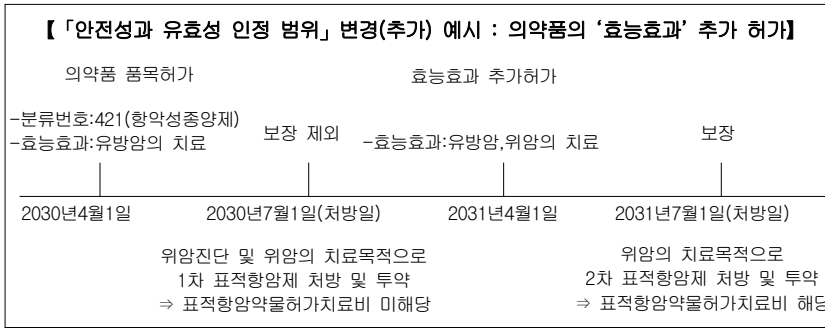
④ 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

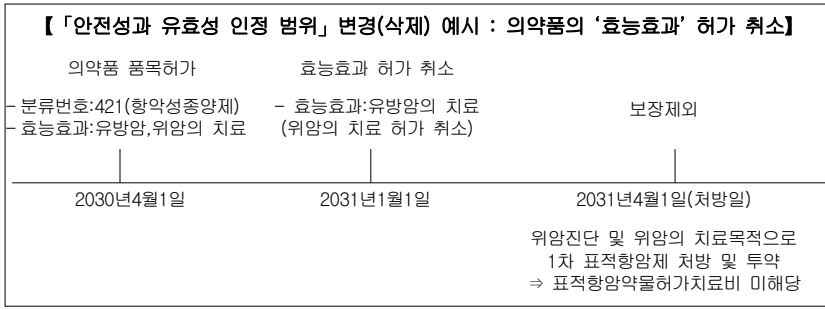
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제1조(보험금의 지급사유)의「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료비의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료비의 정의)

① 이 특별약관에서「표적항암제」라 함은 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 제외합니다.

【용어풀이】

· **호르몬 관련치료제**란 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용제에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

· **세포독성 항암제**란 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**란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하여, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표29】『특정질병 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내』참조)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「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」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 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【용어풀이】
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법】`
· 식품의약품안전처 허가 내「효능효과」확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강

보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「표적항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)

1) 진단명
2) 투약한 약제의 제품명
3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-31. 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

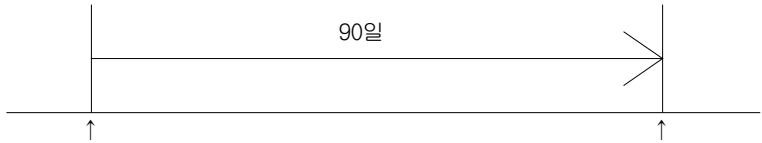
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이상 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	
하이클래스 항암약물치료비 (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 하이클래스 항암약물치료는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(최초 진단과 상이한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」>



④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

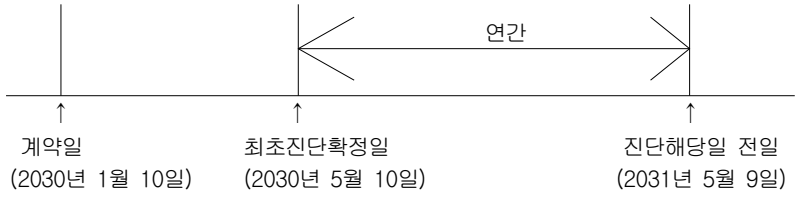
⑤ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에

는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

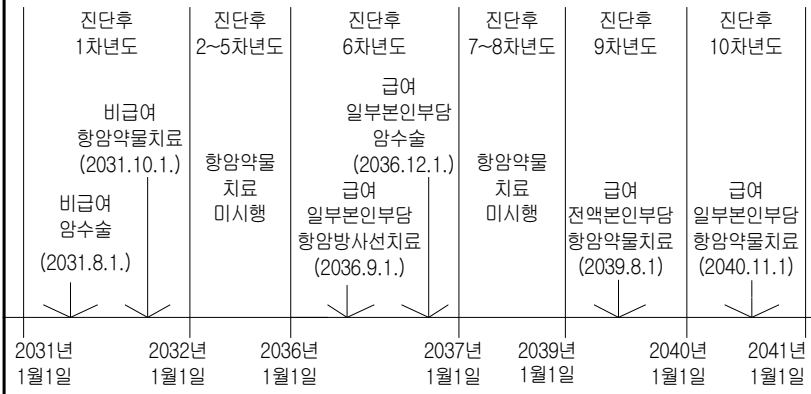
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가

능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서「하이클래스 항암약물치료」라 함은 암을 제거하거나「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료

로서「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

② 「하이클래스 항암약물치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 제거 또는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이나「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의「하이클래스 항암약물치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서「비급여」라 함은「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서「전액본인부담」이라 함은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 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(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

4-32. 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정되고,「보험금 지급 대상기간」이내에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 상급종합병원, 국립암센터 또는 원자력병원에서「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스)로 보험수익자에게 지급합니다.

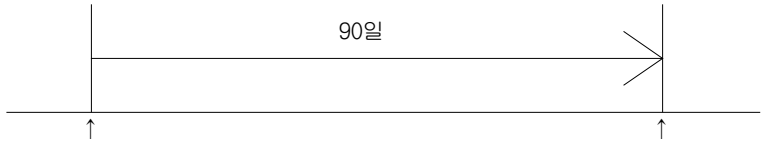
구 분	지급금액		
	최초계약		갱신계약
	계약일로부터 1년 미만「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	계약일로부터 1년 이상「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시	
하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 항암약물치료는「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(최초진단과 상이한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」보장개시일 [예시]】

<「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」>



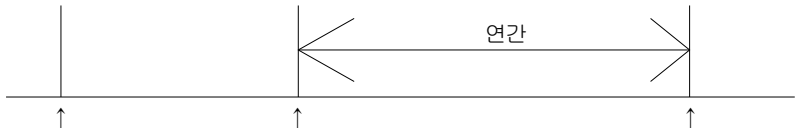
④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

⑤ 제1항의「보험금 지급 대상기간」이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

⑥ 제1항의 연간이라 함은「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

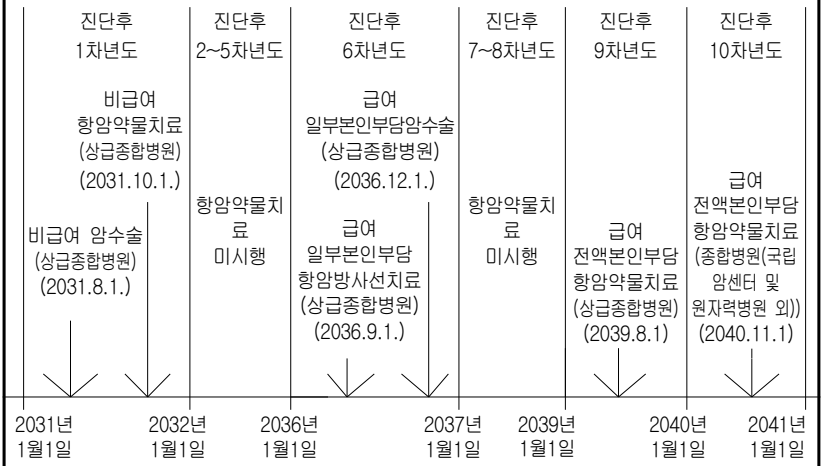
【 예시 】

<「연간」에 대한 예시>



【 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 2,000만원 기준
* 계약일 : 2030년 7월 1일
* 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일(보험계약일로부터 1년 미만)
* 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일



구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님	1,000만원 (50%지급)	지급 대상 아님

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 암을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

② 「하이클래스 항암약물치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 이나 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 제1호 내지 제3호 이외의 「하이클래스 항암약물치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제1항에서 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

【 진료비 세부 내역서 】
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)
이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제6조(상급종합병원, 국립암센터, 원자력병원의 정의)
① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경

되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

③ 이 특별약관에서 「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【 암관리법 】

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

【 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 】

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 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 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약

나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.

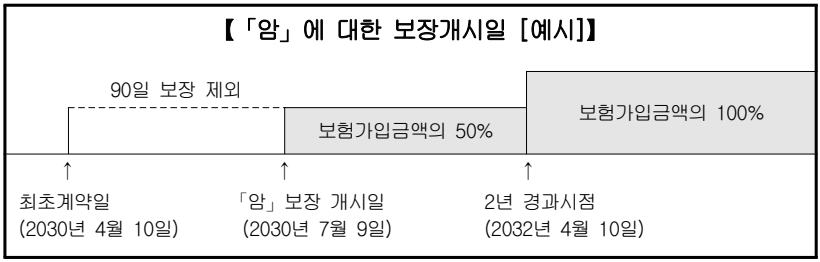
4-33. 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암」,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은

조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(항암방사선(세기조절)치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선(세기조절)치료」라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한「항암방사선치료」중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「세기조절방사선치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【용어풀이】

- **세기조절방사선치료법**이란 방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.
- **입자방사선치료**란 전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그 피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자방사선 치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로

하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 소멸)
① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

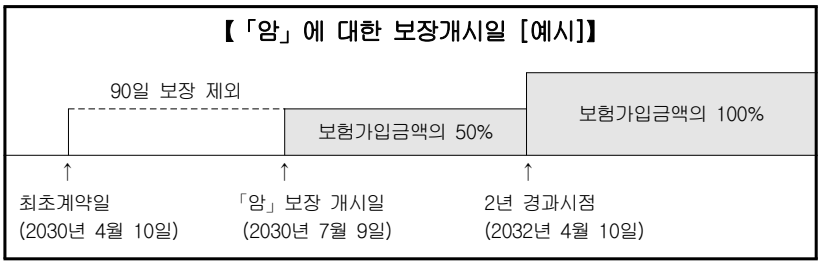
4-34. 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암」,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」

으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(항암방사선(양성자)치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선(양성자)치료」라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한「항암방사선치료」중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부

암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

【용어풀이】

· **항암방사선(양성자)치료**란 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-35. 갱신형 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

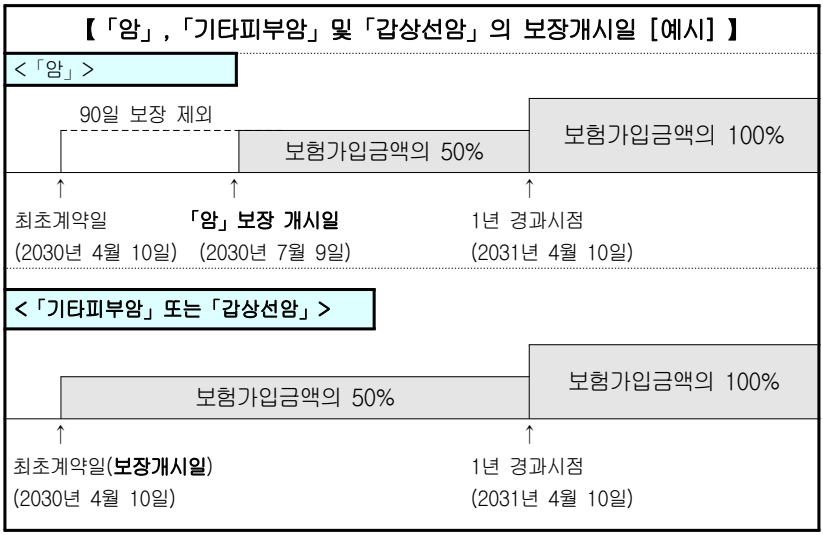
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」

으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(중입자) 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
항암방사선(중입자)치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선(중입자)치료의 정의)

이 특별약관에서「항암중입자방사선치료」라 함은 제6조(항암방사선치료의 정의)에서 정한「항암방사선치료」중 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 중입자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

【용어풀이】

· **항암방사선(중입자)치료**란 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는「항암방사선치료」를 말하며,「항암방사선(양성자)치료」는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조(항암방사선(양성자)치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선(양성자)치료」라 함은 제6조(항암방사선치료의 정의)에서 정한「항암방사선치료」중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

【용어풀이】

· **항암방사선(양성자)치료**란 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서, 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 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 다

음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 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.

제11조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-36. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

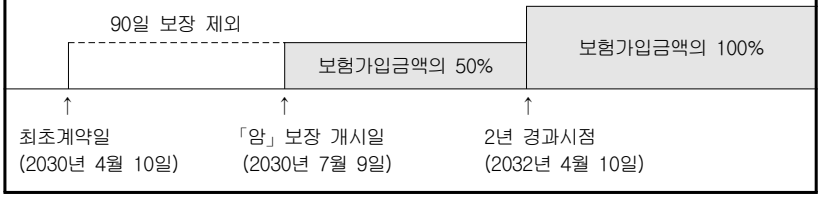
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
특정항암호르몬약물허가치료비 (기타피부암/갑상선암제외) (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】

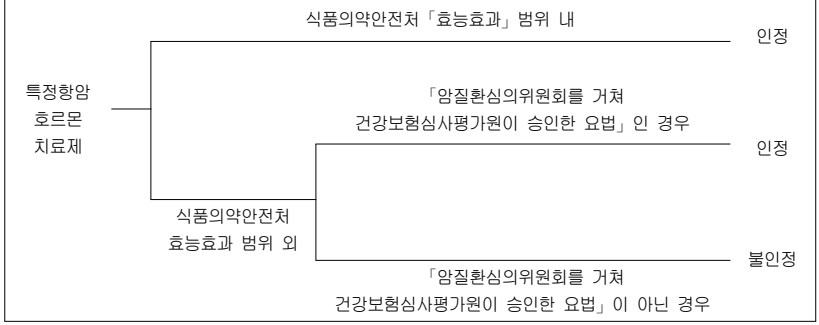


③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

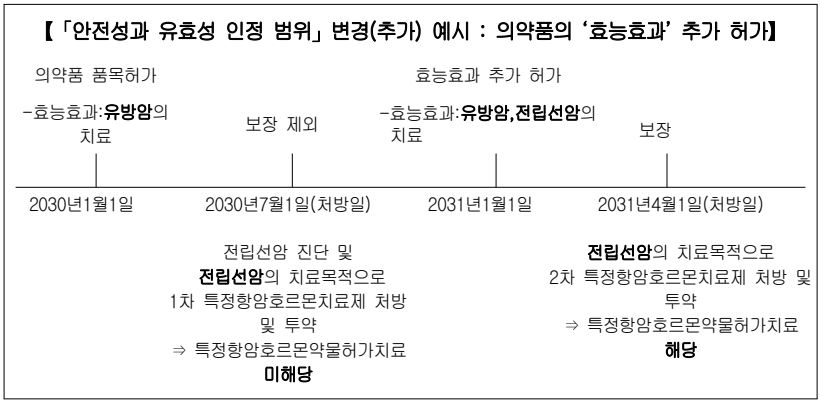
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

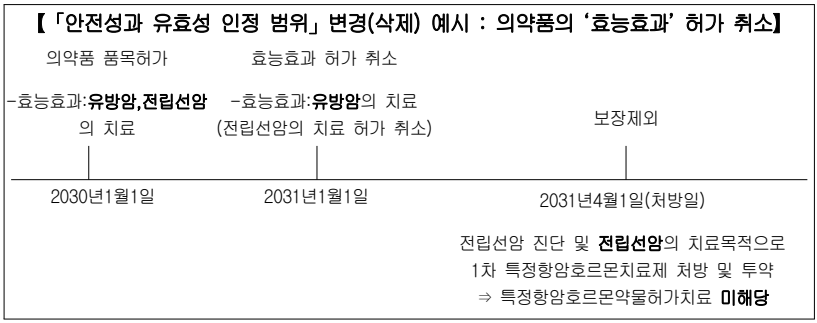
① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)는「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정항암호르몬치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은「특정항암호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서「특정항암호르몬치료제」(【별표30】특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 2월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표30】『특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한「항암약물치료」중「의료법」제3조(의료기관) 에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「암」의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」를「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만,「암질

환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
   (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   1) 진단명
   2) 투약한 약제의 제품명
   3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

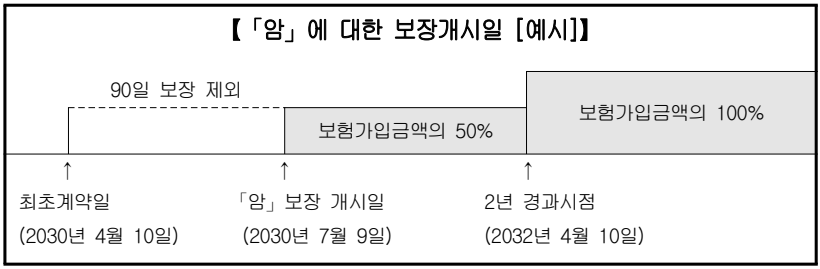
4-37. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
특정항암호르몬약물허가치료비 (기타피부암/갑상선암제외) (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

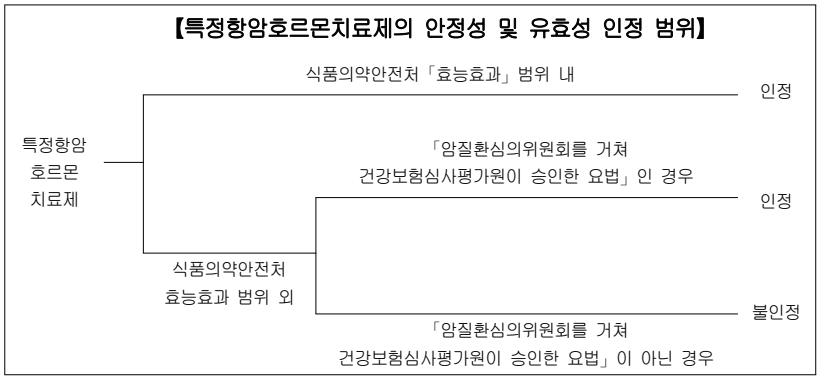


③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

④ 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

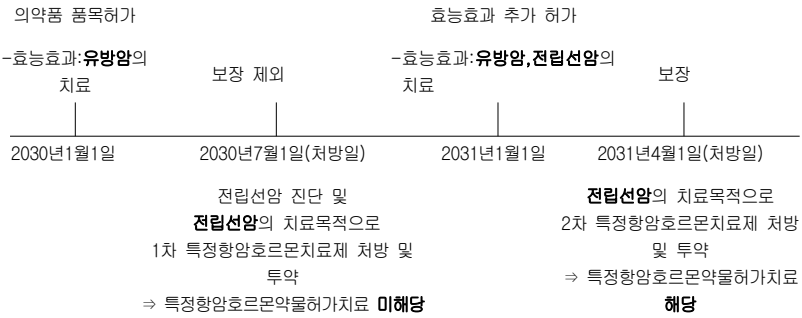
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)은「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

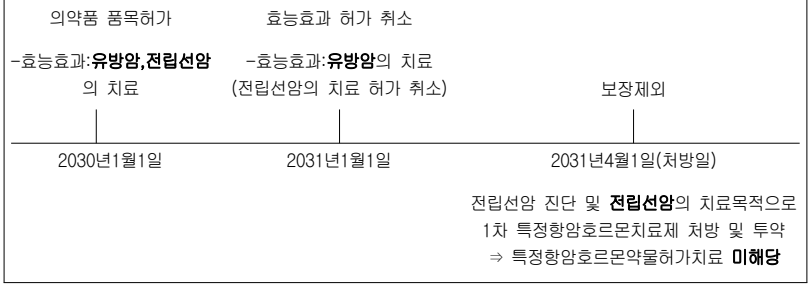


② 제1조(보험금의 지급사유)의「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은「특정항암호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【「안전성과 유효성 인정 범위」변경(삭제) 예시 : 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



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 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서「특정항암호르몬치료제」(【별표30】특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 2월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표30】『특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한「항암약물치료」중「의료법」제3조(의료기관) 에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「암」의 직접적인 치

료를 목적으로 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」를「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
   (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   1) 진단명
   2) 투약한 약제의 제품명
   3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진

이 붙은 정부기관에서 발행한 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 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-38. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

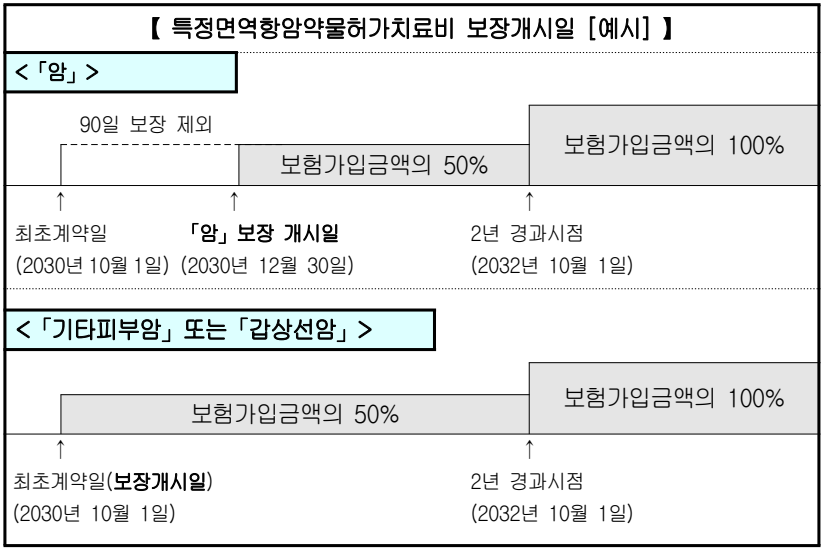
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
특정면역항암 약물허가치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날

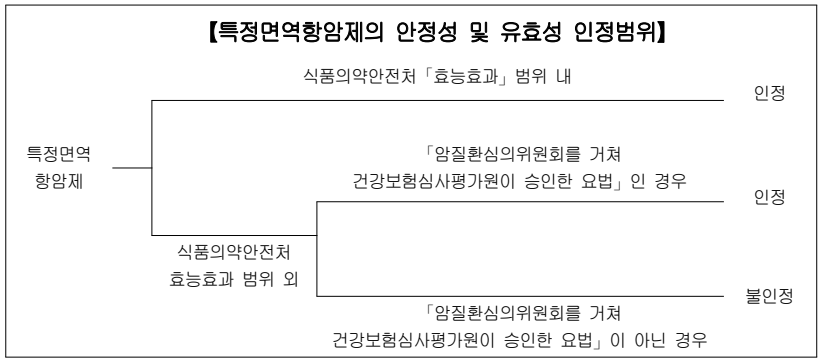
을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



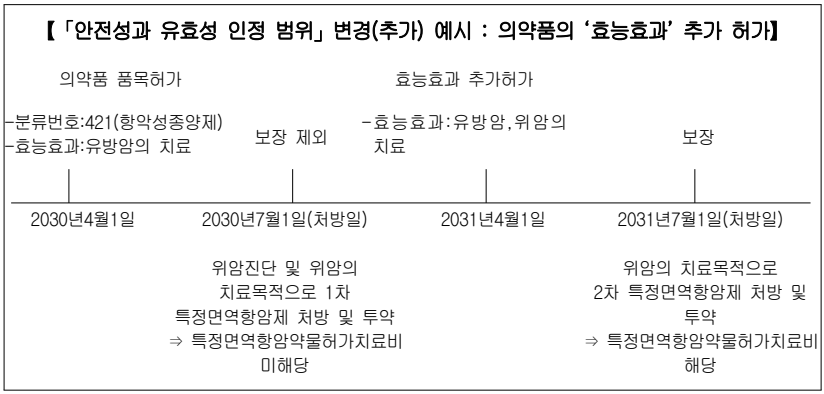
③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

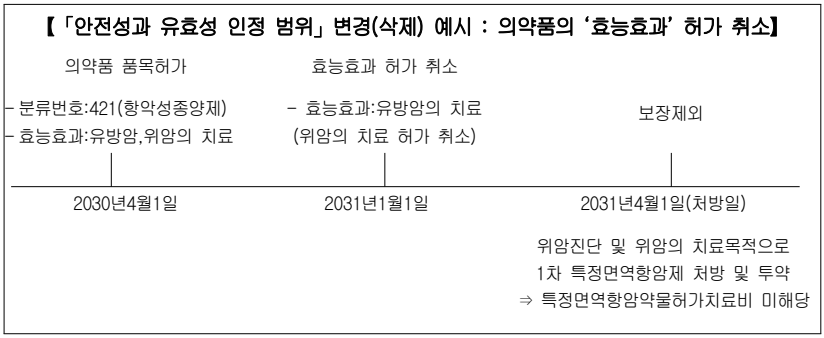
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제1조(보험금의 지급사유)의「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은「특정면역항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

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

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의)

① 이 특별약관에서「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 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.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 확인하기 위해 【별표32】[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명]을 참고하기 바랍니다.

② 이 특별약관에서「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한「특정면역항암제」를「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법】

· 식품의약품안전처 허가 내「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정면역항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요

법」 사용여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

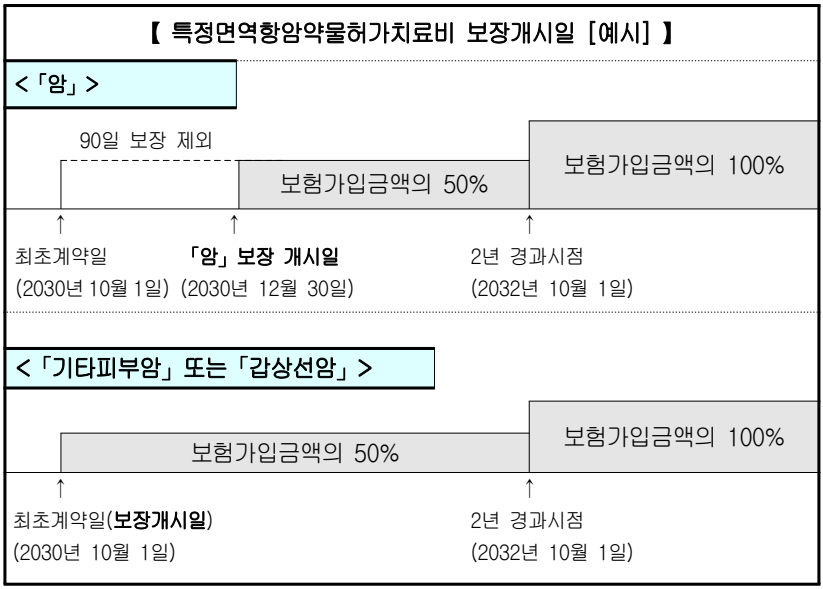
4-39. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
특정면역항암 약물허가치료비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.



③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

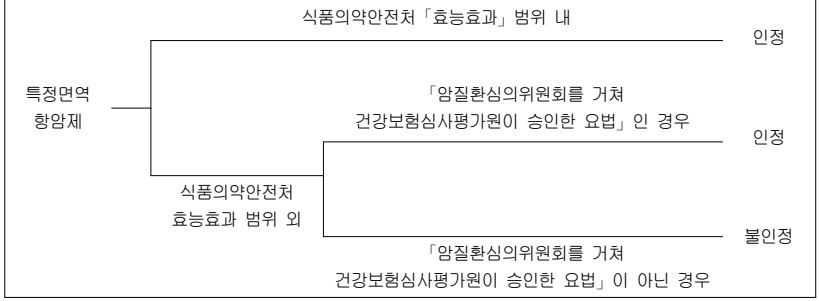
④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해

당일 전일까지 기간을 의미합니다.

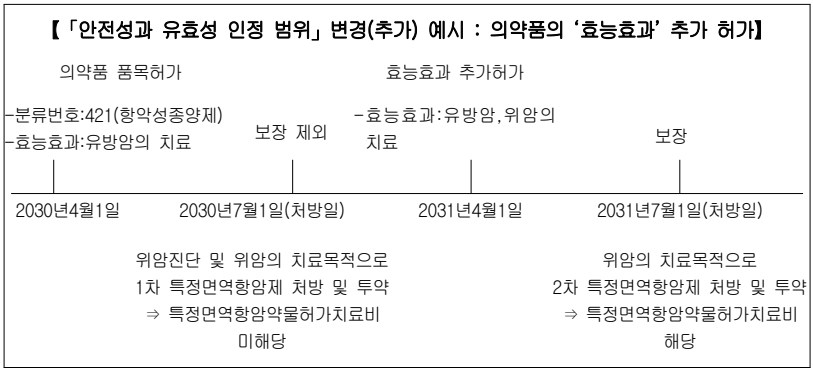
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

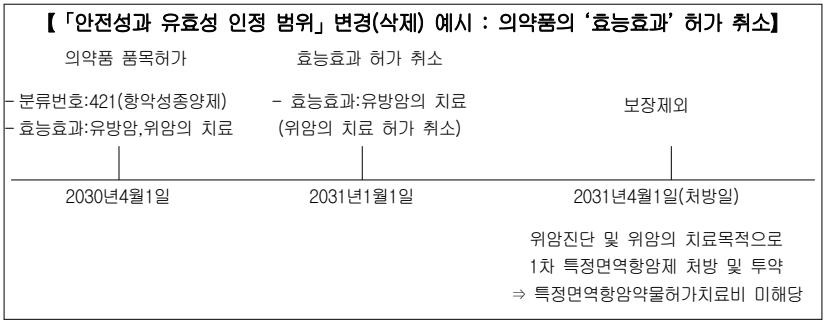
① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 안정성 및 유효성 인정범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은「특정면역항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서「기타피부암」및「갑상선암」을 제외한 질병(【별표27】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표28】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의)

① 이 특별약관에서「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 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.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 확인하기 위해 【별표32】 [특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명]을 참고하기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법】

· 식품의약품안전처 허가 내「효능효과」확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정면역항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      1) 진단명
      2) 투약한 약제의 제품명
      3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-40. 갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「갑상

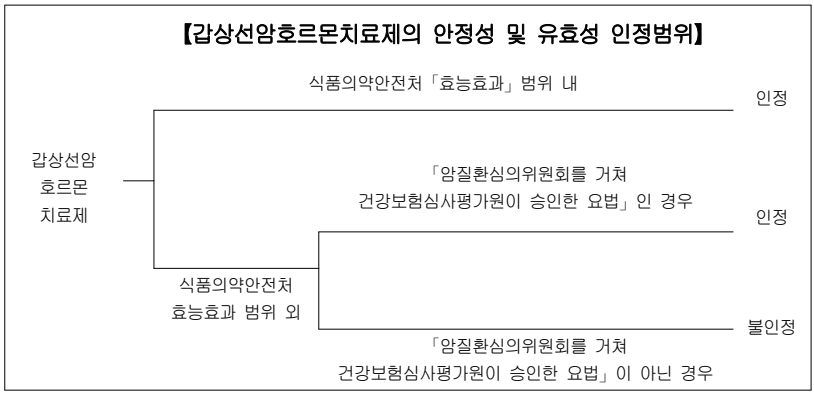
선암」으로 진단 확정되고, 그「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 수술 후「갑상선암수술후호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액		
	최초 계약		갱신계약
	보험계약일부터 2년미만	보험계약일부터 2년이상	
갑상선암수술후 호르몬약물허가치료비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

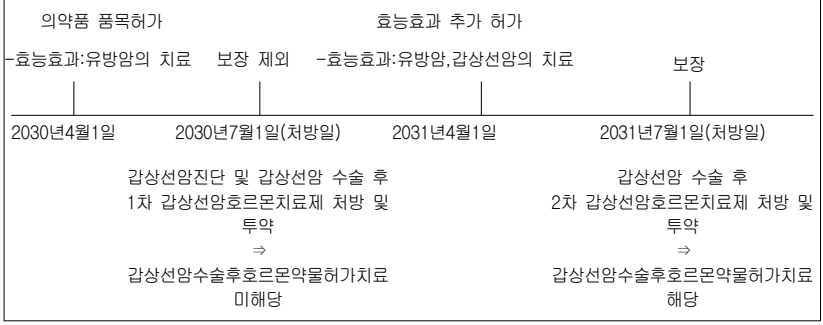
① 제1조(보험금의 지급사유)의 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비는「갑상선암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【갑상선암호르몬치료제의 안정성 및 유효성 인정범위】

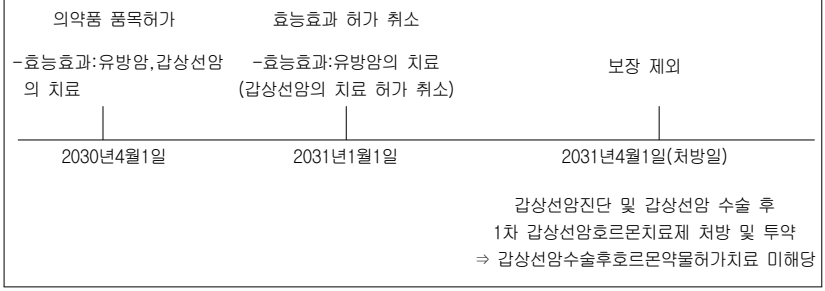


② 제1조(보험금의 지급사유)의「갑상선암수술후호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은「갑상선암호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(갑상선호르몬치료제 및 갑상선암수술후호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」변경(추가) 예시 : 의약품의 '효능효과' 추가 허가】



【「안전성과 유효성 인정 범위」변경(삭제) 예시 : 의약품의 '효능효과' 허가 취소】



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(갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(갑상선호르몬치료제 및 갑상선암수술후호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선암호르몬치료제」라 함은 갑상선암 수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
갑상선암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 10월 기준 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표31】『갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암수술후호르몬약물허가치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제1항에서 정한 「갑상선암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여한 경우를 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「갑상선암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「갑상선암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 갑상선암수술후호르몬약물허가치료 증명서

가. 갑상선암수술후호르몬약물허가치료 진단서 또는 갑상선암수술후호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

1) 진단명

2) 투약한 약제의 제품명

3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-41. 갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판탈출증으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 추간판탈출증 신경차단술(급여)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 이 특별약관에서「추간판탈출증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「추간판탈출증」으로 분류되는 질병으로【별표60】『추간판탈출증 분류표』에 해당하는 질병을 말합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합

병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(추간판탈출증 신경차단술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「추간판탈출증 신경차단술(급여)」이라 함은 피보험자의 진단확정 된 추간판탈출증의 치료를 목적으로「급여 신경차단술」치료를 받은 경우를 말합니다.「급여 신경차단술」이라 함은「추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드」(【별표66】추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 추간판탈출증 신경차단술(급여) 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」또는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한「심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의「추간판탈출증 신경차단술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관「5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

▸▸▸ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제5조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

V. 제도성 특별약관

5-1. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정 계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-2. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제1항에서「이륜자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력(전기로 동력을 발생하는 구조인 것을 말함)의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차 및 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위법령, 규칙 포함)에 정한 “원동기장치자전거”를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에 정한 "이륜자동차", 도로교통법에 정한 "원동기장치자전거"에 포함됩니다.

⑤ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)변경시 변경된 내용을 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 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 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-3. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익

자가 모두 동일한 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 **중에서** 보험금의 대리청구인(**2인 이내에서 지정하되, 2인 지정 시 대표대리인을 지정**)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 보험금의 지정대리청구인(이하, 「지정대리청구인」이라 합니다.)은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 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 본인임을 확인할 수 있는 사진이

붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-4. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내

자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-5. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의 4 (특별세액공제)】

근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료 별로 그

합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의 4 (보험료 세액공제)】

① 법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의 3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의 4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

【소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인】

1.「장애인복지법」에 따른 장애인 및「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란「장애아동 복지지원법」제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시>

· 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또

는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

<예시>

2030년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2030년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2030년 1월 15일 ~ 2030년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성

보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2030년 6월 1일 ~ 2030년 12월 31일) 납입된 보험료만 2030년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고,「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 해당 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 해당 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

<예시>
2030년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2030년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2030년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

5-6. 자동갱신 적용대상 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 자동갱신 적용대상 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 아래에 정한「Ⅳ. 갱신형 보장 특별약관」에 해당하는 보장 특별약관(이하「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

자동갱신 적용대상 특별약관
4-1. 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-2. 갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-3. 갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-4. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-5. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-6. 갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-7. 갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-8. 갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-9. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-10. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-11. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-12. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-13. 갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-14. 갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-15. 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-16. 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-17. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-18. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

자동갱신 적용대상 특별약관
4-19. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-20. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-21. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-22. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-23. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-24. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-25. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-26. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-27. 갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-28. 갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-29. 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-30. 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-31. 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-32. 갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-33. 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-34. 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-35. 갱신형 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-36. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-37. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-38. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-39. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-40. 갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관
4-41. 갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)

① 자동갱신 적용대상 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하「갱신 전 보장계약」이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

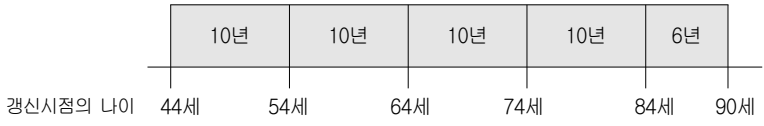
1. 갱신될 자동갱신 적용대상 계약(이하「갱신계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
3. 갱신 전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

② 갱신계약은 종전의 계약이 만기되는 날의 보장내용과 동일합니다.

③ 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

【갱신형 보장의 보험기간】

44세 피보험자가 10년 갱신, 갱신종료나이를 90세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



제2-1조(보장내용이 변경되는 자동갱신 적용대상 계약의 갱신 의사 확인)

① 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)의 조항에도 불구하고 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 갱신계약의 보장내용이 변경되는 경우에는 회사는 자동갱신 의사를 계약자에게 확인합니다.

② 제1항에 따라 자동갱신 의사를 계약자에게 확인하는 경우에는 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나는 날 이전까지 그 내용을 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

③ 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인 되는 경우에는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)의 조항에도 불구하고 갱신계약은 갱신일 현재의 약관으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료 됩니다.

④ 제2항에 따라 계약자에게 안내하였음에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내

가 계약자에게 도달하지 못한 경우를 포함합니다)에는 갱신계약은 갱신일 현재의 약관으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 갱신계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 해당 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료가 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

② 회사는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

④ 보통약관 **제25-1(보험료 납입면제)**에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제4조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특별약관을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합

니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제3조(자동갱신 적용)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5-7. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)

이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)의 계약내용 변경으로 인해 계약자적립액의 차이가 발생하고 이에 따라 계약자가 추가납입하여야 할 금액 중 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 적용대상 정산액(이하「정산액」이라 합니다)이 발생한 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

제2조(특별약관의 효력)

① 제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)에 따라 이 특별약관이 체결된 때(이하「체결일」이라 합니다)부터 보험계약은 정산액을 일시에 납입한 것과 동일한 계약변경 효력을 가집니다.

② 계약자는 정산액을 대신하여 분할납입기간 동안 분할납입금액에 체결일 시점의 평균공시이율로 계산한 이자비용을 더한 금액(이하「최종분할납입금액」이라 합니다)을 매 납입기일까지 납입하여야 합니다. 분할납입금액 및 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금

산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

③ 제2항의 납입기일은 체결일 이후부터 도래하는 보험계약 보통약관의 납입기일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자가 최종분할납입금액의 납입완료 이전에 보험료, 계약자적립액 등에 영향을 미칠 수 있는 계약내용을 변경하는 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑥ 보험기간이 끝난 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 만기환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

⑦ 보험계약의 해약환급금 지급사유가 발생한 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 해약환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

⑧ 제4항 내지 제7항에 따라 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하는 경우 잔여 분할납입금액에 직전 최종분할납입금액 납입일 시점부터 일시납입 시점까지의 경과기간에 대한 이자비용을 더하여 납입하여야 합니다. 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 계약자가 최종분할납입금액의 납입을 완료한 때에는 납입을 완료한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 최종분할납입금액의 납입이 완료되기 전에 사망하였을 경우 제2조(특별약관의 효력) 제8항에서 정한 일시 납입금액을 계약자적립액에서 차감하여 지급하고, 이 특별약관은 더이상 효력이 없습니다.

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

제4조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 최종분할납입금액을 납입기일까지 납입하지 않아 납입이 연체중인 경우 회사는 보험계약「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」에 따라 납입최고(독촉)와 보험계약의 해지를 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

별 표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내의 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)

1. 중도보험금 및 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 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. 금리연동형보험의 경우 상기 평균공시이율은 적립순보험료에 대한 적립이율을 말합니다.
5. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
7. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표2】

장 해 분 류 표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·

복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장해의 판정

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

[2] 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능 장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자의 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기 준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자)운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등에 의하여 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.

12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리

를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/20이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) ‘평형기능에 장해를 남긴 때’라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	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
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

   가) 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)외는 섭취하지 못하는 경우

   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 1cm이하로 제한되는 경우

   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우

   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애(음식물이 식도로 내려가는 과정에서 어려움을 겪는 삼킴장애)가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구(입벌리기)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기) 운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애(음식물이 식도로 내려가는 과정에서 어려움을 겪는 삼킴장애)가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입벌리기)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입벌리기)상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
라) 코의 1/4이상 결손

2) 머리
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동범위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상)

변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 한다.

2) “골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

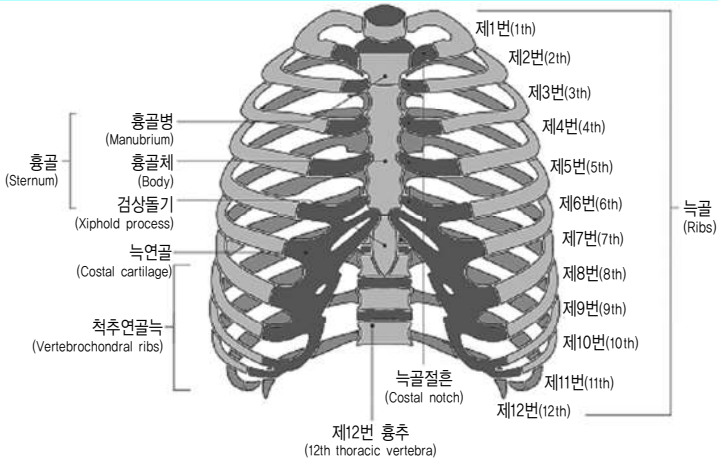
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통하여 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

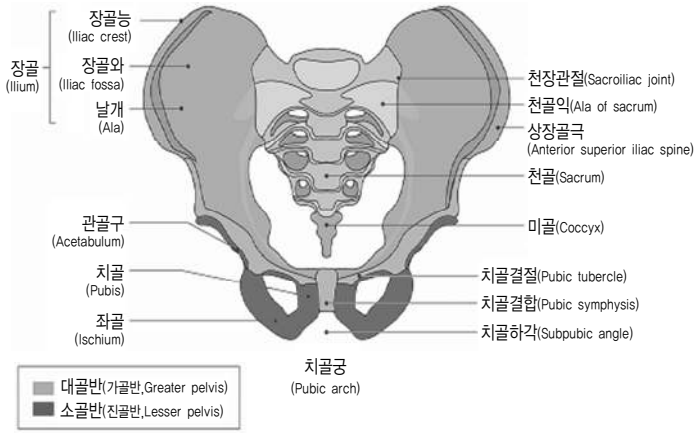
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈가슴뼈〉



〈골반뼈〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원

인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

3) "팔"이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) "팔의 3대관절"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 포함된다.

6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 완전 강직(관절굳음)

   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 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. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)로부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우

8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우

9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이

흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

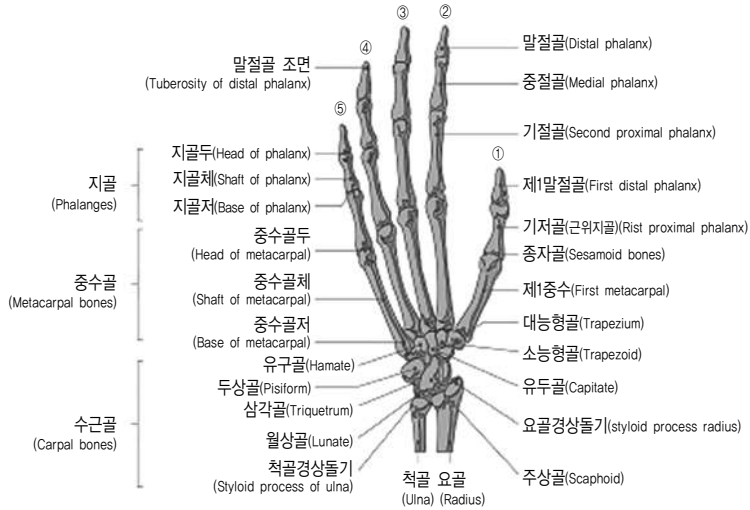
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 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)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동 영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈손가락〉

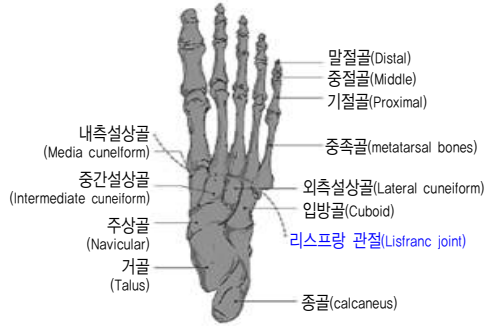
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

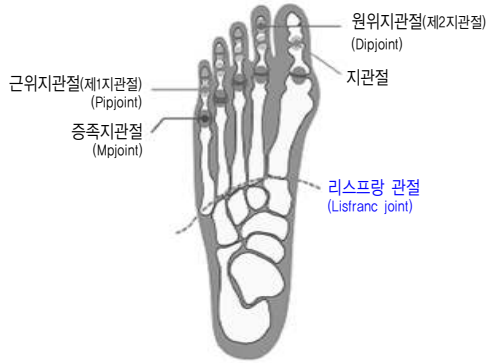
장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
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)로부터 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 운동장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.


말절골(Distal)
중절골(Middle)
기절골(Proximal)
내측설상골
(Media cunelform)
중족골(metatarsal bones)
중간설상골
(Intermediate cuneiform)
외측설상골(Lateral cuneiform)
입방골(Cuboid)
주상골
(Navicular)
리스프랑 관절(Lisfranc joint)
거골
(Talus)
종골(calcaneus)

주상골(Navicular)
거골(Talus)
중간설상골(Intermediate cuneiform)
외측설상골(Lateral cuneiform)
종골(Calcaneus)
입방골(Cuboid)
제 5중족골(Fifth metatarsal)


원위지관절(제2지관절)
(Dipjoint)
지관절
근위지관절(제1지관절)
(Pipjoint)
중족지관절
(Mpjoint)
리스프랑 관절
(Lisfranc joint)

〈발가락〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후

12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) ‘정신행동에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시「장애정도판정기준」의 ‘능력장해측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) ‘정신행동에 경미한 장해를 남긴 때’라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시「장애정도판정기준」의 ‘능력장해측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속

적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) "뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

유형	제한정도에 따른 지급률
	이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표3】

1~5종 수술분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒)·치은(잇몸)·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계·흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술명	수술종류
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾臟)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(心臟內) 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 pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾臟) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5

구분	수술명	수술종류
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis)수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸, 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 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(睾丸), 부고환(副睾丸), 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
	53. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	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
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	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

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술명	수술종류
	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
	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(組織充塡術)	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, 약물주입요법은 포함하지 않음]	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(體外衝擊波碎石術, E.S.W.L) 체외충격파치료술(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, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

㈜ 1. 상기 1 ~ 85항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 85 항)의 수술로 적용합니다.

2. 상기 3항의 수술 중 남성의'유방의 장애(N60~N64)'진단으로 시행한 '유방절단술(Mastectomy)-피하절제[남성의 여성형 유방절제 포함](Subcutaneous)'수술의 경우 4항을 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술	3

㈜ 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.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	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

(수술분류표(1~5종) 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 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 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <수술분류표(1~5종)>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. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <수술분류표(1~5종)> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <수술분류표(1~5종)>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   ⑴ <수술분류표(1~5종)> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <수술분류표(1~5종)> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60일이내 2회 이상의

수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

⑵ 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표(1~5종)> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86항 (악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 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.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표4】

의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 별표4에 따르며, 법령의 변경으로 인하여 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실
   가. 입원실은 3층 이상 또는「건축법」제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만,「건축법 시행령」제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
   나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은「건축법 시행령」제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
   다. 삭제 <2017. 2. 3.>
   라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
   마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다. 이 경우 입원실 내 화장실에 손씻기 시설이 있는 경우에는 입원실에 손씻기 시설을 설치한 것으로 본다.
   바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
   사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
   아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
   자. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

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.

【별표5】

5대골절 분류표

1. 약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

골절(치아파절 제외) 분류표

1. 약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

골절 분류표

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

화상 분류표

1. 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 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 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

144대질병 분류표

【별표9-1】

27대질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 27대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 27대질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분류항목	분류코드
결핵	결핵	A15~A19
	[결핵성 복막염(A18.30+)]	K67.3*
	[장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성장애(A18.3-+)]	K93.0*
	[결핵관절염(A18.01+)]	M01.1*
	[척추의 결핵(A18.00+)]	M49.0*
	[뼈의 결핵(A18.02+)]	M90.0*
	[결핵성 방광염(A18.11+)]	N33.0*
	[자궁경부의 결핵감염(A18.17+)]	N74.0*
	[여성 결핵성 골반염증질환(A18.17+)]	N74.1*
	결핵의 후유증	B90
패혈증	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
크로이츠펠트-야콥병	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1+
	[톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1+
조로증	조로증	E34.8
중추신경계통의 염증성 질환 (수막염)	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	[리스테리아 수막염 및 수막뇌염(G01*,G05.0*)]	A32.1+
	[수막알균수막염(G01*)]	A39.0+
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02

구 분	분류항목	분류코드
	[엔테로바이러스수막염 등(G02.0*)]	A87.0+
	[아데노바이러스수막염(G02.0*)]	A87.1+
	[헤르페스바이러스수막염(G02.0*)]	B00.3+
	[수두수막염(G02.0*)]	B01.0+
	[대상포진수막염(G02.0*)]	B02.1+
	[수막염이 합병된 홍역(G02.0*)]	B05.1+
	[신경학적 합병증을 동반한 풍진(G02.0*,G05.1*)]	B06.0+
	[볼거리수막염(G02.0*)]	B26.1+
	[칸디다수막염(G02.1*)]	B37.5+
	[콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)]	B38.4+
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
중추신경계통의 염증성 질환 (뇌및척수의 염증성질환)	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	[리스테리아 수막염 및 수막뇌염(G01*,G05.0*)]	A32.1+
	[엔테로바이러스뇌염 및 뇌척수염(G05.1*)]	A85.0+
	[아데노바이러스뇌염 및 뇌척수염(G05.1*)]	A85.1+
	[헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)]	B00.4+
	[수두뇌염(G05.1*)]	B01.1+
	[대상포진뇌염(G05.1*)]	B02.0+
	[뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)]	B05.0+
	[신경학적 합병증을 동반한 풍진(G02.0*,G05.1*)]	B06.0+
	[볼거리뇌염(G05.1*)]	B26.2+
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	[아메바성 뇌농양(G07*)]	A06.6+
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
중추신경계통의 탈수초질환	중추신경계통의 탈수초질환	G35~G37
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
뇌성마비	뇌성마비	G80

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분	분류항목	분류코드
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
수두증	수두증	G91
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[수막알균성 심장병 등((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5+
	[칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6+
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
동맥경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
기타 동맥류 박리	기타 동맥류 박리	I72
버거씨병	버거씨병	I73.1
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	[수두폐렴(J17.1*)]	B01.2+
	[폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2+
	[거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0+
	[폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
만성 하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46

구 분	분류항목	분류코드
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
위·십이장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 당낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
	[거대세포바이러스췌장염(K87.1*)]	B25.2+
	[볼거리췌장염(K87.1*)]	B26.3+
신부전	신부전	N17~N19

주1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 27대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9-2】

11대질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 11대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 11대질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분류항목	분류코드
당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
뇌하수체질환	뇌하수체의 기능항진	E22
	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 망막병증(H35.0 중 고혈압성 망막병증에 한함)	H35.0
동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77

구 분	분류항목	분류코드
식도정맥류	식도정맥류	I85
외부요인에 의한 폐질환	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
폐부종	폐부종	J81
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가 기타 간질성 폐질환	J82 J84
위공장궤양	위공장궤양	K28
충수의 질환	충수의 질환	K35~K38

주1) 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)

주2) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 11대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9-3】

59대생활질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 59대생활질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 59대생활질환 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류코드
용혈-요독증후군(햄버거병)	용혈-요독증후군	D59.3
비장질환	비장의 질환	D73
부갑상선질환	부갑상선기능저하증	E20
	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
대사장애	쿠싱증후군	E24
	부신생식기장애	E25
	고알도스테론증	E26
	부신의 기타 장애	E27
수면무호흡증	수면무호흡	G47.3
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
마비	편마비	G81
	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
결막장애	결막의 장애	H10~H13
공막,각막,홍채및섬모체의 장애	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	[홍채섬모체염(H22.0*)]	B00.50+
	[홍채염(H22.0*)]	B00.50+
	[전방포도막염(H22.0*)]	B00.50+
	[각막염(H19.1*)]	B00.51+
	[각막결막염(H19.1*)]	B00.51+
	[각막상피염(H19.1*)]	B00.51+
	[간질각막염(H19.1*)]	B00.51+
	[각막내피염(H19.1*)]	B00.51+

구분	분류항목	분류코드
	[아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)] [유행성 각막결막염(H19.2*)] [조선소눈병(H19.2*)] 눈 및 누부속기의 기타 처치후 장애(H59.8 중 미만성 층판성 각막염에 한함)	B30.0+ B30.0+ B30.0+ H59.8
유리체의 장애	유리체의 장애	H43
안구의 장애	안구의 장애	H44
시신경 및 시각경로의 장애	시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49~H52
시각장애 및 실명	시각장애 및 실명	H53~H54
눈 및 눈부속기의 기타 장애	눈 및 눈부속기의 기타 장애 [눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애 제외]	H55~H59 (H59.8제외)
외이의 질환	외이의 질환	H60~H62
중이염	비화농성 중이염 화농성 및 상세불명의 중이염 달리 분류된 질환에서의 중이염 [홍역에서의 중이염(H67.1*)]	H65 H66 H67 B05.3+
중이 및 유돌의 질환	귀인두관염 및 귀인두관 폐색 귀인두관의 기타 장애 유돌염 및 관련 병태 중이의 진주종 고막의 천공 고막의 기타 장애 중이 및 유돌의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H68 H69 H70 H71 H72 H73 H74 H75
내이의 질환	내이의 질환내이의 질환	H80~H83
귀의 기타장애	귀의 기타 장애	H90~H95
정맥염 및 혈전정맥염	정맥염 및 혈전정맥염	I80
기타정맥의	기타정맥의 색전증 및 혈전증	I82

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	분류항목	분류코드
색전증 및 혈전증		
음낭 정맥류	음낭 정맥류	I86.1
림프절염	비특이성 림프절염	I88
	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
인플루엔자	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
기타 급성 하기도감염	기타 급성 하기도감염	J20~J22
인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	상기도의 기타 질환	J39
성대결절	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
성인호흡곤란증후군	성인호흡곤란증후군	J80
호흡계통의 기타 질환	호흡계통의 기타 질환 [류마티스폐질환(M05.1+) 제외]	J95~J99 (J99.0제외)
침샘질환	침샘의 질환	K11
식도질환	식도염	K20
	위-식도역류병	K21
	식도의 기타질환	K22
	달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
위,십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
	기능성 소화불량	K30
특정소화기질환	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
특정 부위의 탈장	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장	K46
비감염성 장염 및	크론병[국소성 장염]	K50

구분	분류항목	분류코드
결장염	궤양성 대장염	K51
	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 게실병	K57
과민대장증후군	과민대장증후군	K58
장의 특정기타질환	장의 농양	K63.0
	장의 천공(비외상성)	K63.1
	장의 누공	K63.2
	장의 궤양	K63.3
복막의 질환	복막의 질환복막의 질환	K65-K67
	[결핵성 복막염(A18.30+) 제외]	(K67.3제외)
	[클라미디아복막염(K67.0*)]	A74.8+
장흡수장애	장흡수장애	K90
통풍	통풍	M10
특정전신결합조직 장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
	기타 괴사성 혈관병증	M31
전신홍반루푸스	전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	피부다발근염	M33
전신경화증	전신경화증	M34
근육장애	근육 장애	M60~M63
발바닥근막성섬유종증	발바닥근막성 섬유종증	M72.2
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84
골수염	골수염	M86
골괴사증	골괴사	M87
뼈의 파젯병	뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
뼈의 기타장애	뼈의 기타 장애	M89
연골병증	연골병증	M91~M94
사구체질환	사구체질환	N00~N08

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	분류항목	분류코드
	[당뇨병에서의 사구체장애 제외]	(N08.3제외)
신세뇨관-간질질환	신세뇨관-간질질환	N10~N16
신장 및 요관의 기타장애	신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
비뇨계통의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	[결핵성 방광염(A18.11+) 제외]	(N33.0제외)
	달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37
	[칸디다요도염(N37.0*)]	B37.40+
	비뇨계통의 기타 장애	N39
	[스트레스요실금 제외]	(N39.3제외)
	[기타 명시된 요실금 제외]	(N39.4제외)
특정요도질환	요도염 및 요도증후군	N34
	요도협착	N35
	요도의 기타 장애	N36

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 59대생활질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9-4】

43대생활질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 43대생활질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 43대생활질환 해당 여부를 판단합니다.

구분	분류항목	분류코드
대상포진	대상포진 [대상포진뇌염(G05.1*) 제외] [대상포진수막염(G02.0*) 제외]	B02 (B02.0제외) (B02.1제외)
갑상선질환	갑상선의 장애 [갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)] 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00~E07 H06.2* E89.0
다낭성난소증후군	다낭성난소증후군	E28.2
안면 신경장애	삼차신경의 장애안면 신경장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
단일신경병증	팔의 단일신경병증단일신경병증 [손목터널증후군 제외] 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의단일신경병증 [당뇨병성 단일신경병증 제외]	G56 (G56.0제외) G57 G58 G59 (G59.0제외)
손목터널증후군	손목터널증후군	G56.0
맥립종 및 콩다래끼	맥립종 및 콩다래끼	H00
눈꺼풀의 기타 염증	눈꺼풀의 기타 염증	H01
눈꺼풀의 기타 장애	눈꺼풀의 기타 장애	H02
안와장애	안와의 장애	H05

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	분류항목	분류코드
맥락막 및 망막의 장애	맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
	[고혈압성 망막병증(H35.0 중 고혈압성 망막병증에 한함) 제외]	(H35.0제외)
	[황반 및 후극부의 변성 제외]	(H35.3제외)
	[당뇨병성 망막병증 제외]	(H36.0제외)
하지정맥류	하지의 정맥류	I83
급성상기도감염	급성 상기도감염	J00~J06
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34
축농증	만성 부비동염	J32
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
치열 및 치루	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
	항문 및 직장부의 농양	K61
	항문 및 직장의 기타 질환	K62
담석증	담석증	K80
담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
특정 누적외상성질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
	경추상완증후군	M53.1
	기타 연조직장애	M70~M79
		(M74,M78제외)
	[발바닥근막성 섬유종증 제외]	(M72.2제외)
	[어깨병변 제외]	(M75제외)
척추변형	변형성 등병증	M40~M43
척추병증	척추병증	M45~M49
	[척추의 결핵(A18.00+) 제외]	(M49.0*제외)
추간판장애	경추간판장애	M50

구분		분류항목	분류코드
(디스크질환)		기타 추간판장애 [추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박]	M51 G55.1*
기타 등병증		달리 분류되지 않은 기타 등병증 [경추상완증후군 제외] 등통증	M53 (M53.1제외) M54
윤활막 및 힘줄장애		윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
어깨병변		어깨병변	M75
신장 및 요관의 결석		신장 및 요관의 결석	N20
방광의 결석		방광의 결석방광의 결석	N21.0
요도결석증		요도결석 기타 하부요로결석 상세불명의 하부요로결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N21.1 N21.8 N21.9 N22
유방의 장애		유방의 장애	N60~N64
주침샘의 양성신생물		주침샘의 양성신생물	D11
소화계통의 양성 신생물		기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	D13
중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물		중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 부위불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D14 D15
골 및 관절연골의 양성 신생물		골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성 신생물		중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복박 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
유방의 양성 신생물		유방의 양성 신생물	D24
생식기의 양성 신생물	여성 생식기의 양성신생물	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성 신생물 난소의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
	남성 생식기의 양성신생물	남성생식기관의 양성 신생물	D29

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	분류항목	분류코드
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성 신생물	D30
눈 및 부속기의 양성신생물	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 43대생활질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9-5】

다빈도4대질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 다빈도4대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 다빈도4대질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분류항목	분류코드
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	[결핵관절염(A18.01+) 제외]	(M01.1*제외)
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	[통풍 제외]	(M10제외)
	[당뇨병성 관절병증 제외]	(M14.2*제외)
	[류마티스폐질환(M05.1+)]	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
생식기질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
	[남성 불임 제외]	
	[편모충성 전립선염(N51.0*)]	A59.01+
	[볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0+
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	[자궁경부의 결핵감염(A18.17+) 제외]	(N74.0*제외)
	[결핵성 여성골반염증질환(A18.17+) 제외]	(N74.1*제외)
	여성생식관의 비염증성 장애	N80~N95
	[습관적 유산자 제외]	

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분	분류항목	분류코드
	[여성 불임 제외] [인공 수정과 관련된 합병증 제외] 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
치핵	치핵 및 항문주위정맥혈전증 포함 – 치질 제외 – 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 다빈도4대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

특정5대암(식도 · 췌장 · 골 · 뇌 및 중추신경계통 · 혈액암) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는「제자리암」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리신생물 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 제자리신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는「경계성종양」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 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 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】

뇌출혈 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】

뇌졸중 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】

급성심근경색증 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성심근경색증 2. 후속 심근경색증 3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성 심장질환	I24
6. 만성 허혈성 심장병	I25

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표19】

특정순환계질환(1~5종)분류표

1. 약관에 규정하는 특정순환계질환(1~5종)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정순환계질환(1~5종) 해당 여부를 판단합니다.

구 분		분류항목	분류코드
1종	본태성 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
		[배경망막병증 및 망막혈관변화 (H35.0중고 혈압성 망막병증에 한하며, 고혈압성 이외의 배경망막병증 및 망막혈관 변화 제외)]	H35.0
	이상지질혈증	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
	당뇨병	1형 당뇨병	E10
		2형 당뇨병	E11
		영양실조-관련 당뇨병	E12
		기타 명시된 당뇨병	E13
		상세불명의 당뇨병	E14
		[당뇨병성 단일신경병증]	G59.0
		[당뇨병성 다발신경병증]	G63.2
		[당뇨병성 백내장]	H28.0
		[당뇨병성 망막병증]	H36.0
		[당뇨병성 관절병증]	M14.2
		[당뇨병에서의 사구체장애]	N08.3
2종	특정 고혈압성 질환	고혈압성 심장병	I11
		고혈압성 신장병	I12
		고혈압성 심장 및 신장병	I13
		이차성 고혈압	I15
	심장판막질환	비류마티스성 승모판장애	I34
		비류마티스성 대동맥판장애	I35
		비류마티스성 삼첨판장애	I36

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분		분류항목	분류코드
		폐동맥판장애	I37
		달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	특정 방실 · 좌각차단 및 전도장애	방실차단 1도	I44.0
		좌전섬유속차단	I44.4
		좌후섬유속차단	I44.5
		기타 및 상세불명의 섬유속차단	I44.6
		상세불명의 좌각차단	I44.7
		기타 전도장애	I45
	심장병 합병증 및 심장장애	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
		달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	죽상경화증	죽상경화증	I70
	말초 및 모세혈관 질환	기타 말초혈관질환	I73
		모세혈관의 질환	I78
		달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79
	특정 정맥혈관 질환	정맥염 및 혈전정맥염	I80
		기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
		기타 부위의 정맥류	I86
	림프절 질환	비특이성 림프절염	I88
		림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
	특정 순환계통의 기타장애	달리 분류되지 않은 순환계통의 처치후 장애	I97
		심혈관매독	I98.0
		달리 분류된 기타 감염성 및 기생충성 질환에서의 심혈관장애	I98.1
3종	급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
		심장 침범이 있는 류마티스열	I01
		류마티스무도병	I02
	만성 류마티스심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
		류마티스성 대동맥판질환	I06
		류마티스성 삼첨판질환	I07
		다발판막질환	I08
		기타 류마티스심장질환	I09

구 분		분류항목	분류코드
	심장염증질환	급성 심장막염	I30
		심장막의 기타 질환	I31
		달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
		급성 및 아급성 심내막염	I33
		상세불명 판막의 심내막염	I38
		급성 심근염	I40
		달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	중증 방실차단	방실차단 2도	I44.1
		완전방실차단	I44.2
		기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
	부정맥	발작성 빈맥	I47
		심방세동 및 조동	I48
		기타 심장부정맥	I49
	특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
		동맥색전증 및 혈전증	I74
		동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
	문맥혈전증	문맥혈전증	I81
4종	협심증	협심증	I20
	경증 허혈성심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
		만성 허혈심장병	I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
		기타 폐성 심장질환	I27
		폐혈관의 기타 질환	I28
	심근병증	심근병증	I42
		달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	심부전	심부전	I50
	경증 뇌혈관질환	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
		뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
		뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
		기타 뇌혈관질환	I67
		달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분		분류항목	분류코드
		뇌혈관질환의 후유증	I69
	대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
	식도정맥류	식도정맥류	I85
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3
5종	급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
		후속심근경색증	I22
		급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
	뇌출혈	거미막하출혈	I60
		뇌내출혈	I61
		기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	뇌경색증	I63

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】

심근병증 분류표

1. 약관에 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 심근병증 2. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I42 I43

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심근병증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】

주요심장염증질환 분류표

1. 약관에 규정하는 주요심장염증질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 주요심장염증질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심장막염	I30
2. 심장막의 기타질환	I31
3. 달리분류된 질환에서의 심장막염	I32
4. 급성 및 아급성 심내막염	I33
5. 상세불명 판막의 심내막염	I38
6. 급성 심근염	I40
7. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 주요심장염증질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】

심혈관특정질환Ⅰ 분류표

1. 약관에 규정하는 심혈관특정질환Ⅰ으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심혈관질환특정Ⅰ해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 협심증	I20
2. 기타급성 허혈성심장질환	I24
3. 만성 허혈성심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 기타 심장부정맥	I49
7. 심부전	I50

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 심혈관질환특정Ⅰ해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】

심혈관특정질환 Ⅰ(기타심장부정맥제외) 분류표

1. 약관에 규정하는 심혈관질환특정 Ⅰ(기타심장부정맥제외)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심혈관질환특정 Ⅰ(기타심장부정맥제외)해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류코드
1. 협심증	I20
2. 기타급성 허혈성심장질환	I24
3. 만성 허혈성심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 심부전	I50

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는심혈관질환특정 Ⅰ(기타심장부정맥제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】

요로결석 분류표

1. 약관에 규정하는「요로결석」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 요로결석 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
신장 및 요관의 결석 하부요로의 결석	N20 N21

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 요로결석 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】

통풍 분류표

1. 약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 통풍 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 통풍	M10

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통풍 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】

대상포진 분류표

1. 약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 대상포진	B02

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】

악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표

1. 약관에 규정하는「암」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 피부의 악성 흑생종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69~C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

※ 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】

기타피부암 및 갑상선암 분류표

1. 약관에 규정하는「기타피부암」및「갑상선암」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 기타피부암 및 갑상선암 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 기타피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 기타피부암 및 갑상선암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】

특정질병 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

1. 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		화이자보르테조밉주3.5밀리그램(보르테조밉일수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
13	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)_(5mg/1정)
		에베로즈정 10밀리그램
		에베로즈정 2.5밀리그램
		에베로즈정 5밀리그램
14	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정250밀리그램(게피티니브)
15	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)(수출용)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
18	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
19	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
20	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
		린파자정 100밀리그램(올라파립)
		린파자정 150밀리그램(올라파립)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
		입랜스정75밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정100밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정125밀리그램(팔보시클립)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		알렌시캡슐75mg(팔보시클립)
		알렌시캡슐100mg(팔보시클립)
		알렌시캡슐125mg(팔보시클립)
24	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
28	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
29	소라페닙토실레이트 sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
30	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
31	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
32	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
33	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
34	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
35	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)(수출용)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)(수출용)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)(수출용)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)(수출용)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐5mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐10mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐15mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐20mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐25mg(레날리도마이드)
36	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
37	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
38	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
39	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
40	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
41	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
42	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
43	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
44	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
45	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
46	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
47	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		자이라베브주(베바시주맙)
		아림시스주4mL(베바시주맙)
		아림시스주16mL(베바시주맙)

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		베그젤마주4mL(베바시주맙)
		베그젤마주16mL(베바시주맙)
48	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
49	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
50	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
51	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
52	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
53	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
54	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
55	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
56	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
57	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4ml)(더발루맙)
		임핀지주(10ml)(더발루맙)
58	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
59	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
60	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
61	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
62	길테리티닙푸마르산염 giteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
63	다코미티닙 dacomitinib hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
64	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립숙신산염)
65	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
66	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비액(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
67	레이저티닙 Lazertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
68	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
69	이사툭시맙 Isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
70	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
71	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐0.25밀리그램(탈라조파립토실산염)

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
72	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정100밀리그램(롤라티닙)
73	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
74	아미반타맙 Amivantamab 350mg	리브리반트주(아미반타맙)
75	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120밀리그램(소토라십)
76	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
77	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
78	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
79	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
80	프랄세티닙분무건조분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
81	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙) 레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
82	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염) 셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
83	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
84	퍼투주맙/트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
85	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)
86	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정20밀리그램(셀리넥서)
87	페드라티닙염산염수화물 Fedratinib dihydrochloride monohydrate	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
88	모보서티닙숙신산염 Mobocertinib Succinate	엑스키비티캡슐40밀리그램(모보서티닙숙신산염)
89	얼다피티닙 Erdafitinib	발베사정3밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정4밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정5밀리그램(얼다피티닙)
90	도스탈리맙 Dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)
91	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보술리프정100밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정400밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정500밀리그램(보수티닙일수화물)
92	페미가티닙 Pemigatinib	페마자이레정13.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정4.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정9밀리그램(페미가티닙)
93	트라스투주맙데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주100mg(트라스투주맙데룩스테칸)
94	모가물리주맙 Mogamulizumab	포텔리지오주20밀리그램(모가물리주맙)
95	엔포투맙베도틴	파드셉주20밀리그램(엔포투맙베도틴)
	Enfortumab Vedotin	파드셉주30밀리그램(엔포투맙베도틴)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
96	실타캅타젠오토류셀 Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
97	사시투주맙고비테칸 Ciltacabtagene Autoleucel	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
98	타파시타맙 Tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)

3. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭'을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
4. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표30】

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "특정항암호르몬치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "특정항암호르몬치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은'효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다."특정항암호르몬치료제"해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램 (아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 아트로졸정(아나스트로졸) 페미젯정1밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드) 비카덱스정(비칼루타마이드)50밀리그램

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		비카루드정 칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드) 비카소정(비칼루타미드) 카덱스정(비칼루타미드) 카소비트(비칼루타미드) 프로세이드정(비칼루타미드) 프로카덱스정(비칼루타마이드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타마이드정50밀리그램 피엠에스비칼루타미드정50밀리그램 (비칼루타미드(미분화))
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
8	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
9	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
10	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정2.5밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 데바레트로졸정2.5밀리그램
11	류프로렐린 leuprorelin	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염) 로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주3.75밀리그램 (류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주11.25밀리그램 (류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주22.5밀리그램 (류프로렐린아세트산염)
12	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바덱스디정(타목시펜시트르산염) 놀바덱스정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목센정
13	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
14	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염) 데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램 (트립토렐린파모산염)
15	메게스트롤 megestrol	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트) 네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤) 메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤) 대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트) 대원초산메게스트롤현탁액 메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트) 비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤) 애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 원광초산메게스트롤내복현탁액(수출용) 제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
16	아팔루타미드 apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
17	시프로테론 cyproterone	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)

【별표31】

갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "갑상선암호르몬치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 2020년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "갑상선암호르몬치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은'효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다."갑상선암호르몬치료제"해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명 (국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 Levothyroxine	씬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 콤지로이드정(부광리오트릭스정)
2	리오티로닌 Liothyronine	테트로닌정5마이크로그램(리오티로닌나트륨) 엘트릭스정

【별표32】

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래「특정면역항암제」해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의「특정면역항암제」해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙)
		임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물중합체 항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab vedotin	폴라이비주
카티 항암치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
4. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다.「특정면역항암제」해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표33】

양성뇌종양II 분류표

1. 약관에 규정하는 양성뇌종양II로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 양성뇌종양II 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 양성뇌종양II 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】

1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타 개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로 조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 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

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신경절술 및 척추강 내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	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 악성 종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	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 제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술 (심도자술 사용)	198. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막 수술 (심도자술 미사용)	201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
수술(3차원 지도화 기능 포함)	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절 절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절 절제 미동반)	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술 (림프절절제 동반)	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술 (림프절절제 미동반)	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	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(장절제 동반)	G202	1
	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	G251	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽		
	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 항문 협착증 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
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

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적 담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적 담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	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. 척수내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프 이식술	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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
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

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 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	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
및 변연절제술(피부 궤양, 봉소염의 경우)	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부 궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직 수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
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. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	506. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	507. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	510. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	511. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	512. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	513. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	514. 전립선 신생물 수술	L026	4
	515. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관 수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	522. 경피적 방광 수술	L052	2
	523. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	525. 주요 요도 수술	L071	1
	526. 요도경하 요도 수술	L072	1
	527. 기타 요도 수술	L073	1
	528. 복잡 요실금 수술	L074	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	529. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	532. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	533. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	534. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요 전립선 적출술	M021	4
	551. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡 음경 수술	M041	1
	554. 단순 음경 수술	M042	1
	555. 페이로니 병 수술	M043	1

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
포경 수술	556. 포경 수술	M050	1
요도 수술	557. 주요 요도 수술	M061	1
	558. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡 음낭 수술	M071	1
	560. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	562. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	563. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	565. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	566. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술(악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	587. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인	609. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
소파술			
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	625. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	627. 수부 손상의 기타 수술	X052	1

구분	수술 및 시술명	수술시술코드	수술시술종류
기타 손상의 수술	628. 기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상 (피부 이식 동반)	629. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의「수술시술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된「ADRG」중 다음의「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

예시

「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된「ADRG」

수술시술코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

수술시술 코드	수술 및 시술명
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)

수술시술코드	수술 및 시술명
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원(병원을 옮김)된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

수술시술 코드	수술 및 시술명
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

【별표35】

중증질환자(암) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자(암) 산정특례대상은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 [별표36-1]중증질환자(암) 산정특례대상 질병 분류표에서 정한 상병으로 진료를 받은 경우	V193

주) '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자(암) 산정특례대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 과한 기준'에 따라 판단합니다.

【별표35-1】

중증질환자(암) 산정특례대상 질병 분류표

약관에 규정하는 중증질환자(암) 산정특례대상 질병은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구 분	분 류 항 목	분류번호
암(유사암 및 13대특정암 제외)	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
	2. 췌장의 악성 신생물	C25
	3. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	4. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	
	- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	- 부비동의 악성 신생물	C31
	- 후두의 악성 신생물	C32
	- 흉선의 악성 신생물	C37
	- 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	- 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	5. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
	6. 피부의 악성 흑색종	C43
	7. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
	8. 요로의 악성 신생물	
	- 신우의 악성 신생물	C65
	- 요관의 악성 신생물	C66
	- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	9. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
	10. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	
	- 부신의 악성 신생물	C74
	- 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	11. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
	12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
	13. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	14. 진성 적혈구증가증	D45
	15. 골수형성이상증후군	D46
	16. 만성 골수증식질환	D47.1
	17. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

구 분	분 류 항 목	분류번호
	18. 골수섬유증 19. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.4 D47.5
10대특정암	1. 식도의 악성 신생물 2. 위의 악성 신생물 3. 소장의 악성 신생물 4. 대장의 악성 신생물 - 결장의 악성 신생물 - 직장구불결장접합부의 악성 신생물 - 직장의 악성 신생물 5. 항문 및 항문관의 악성 신생물 6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물 7. 담낭 및 기타 담도의 악성 신생물 - 담낭의 악성 신생물 - 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 8. 기관의 악성 신생물 9. 기관지 및 폐의 악성 신생물 10. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C15 C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C33 C34 C64
3대특정암 (생식기 및 소액암)	1. 유방의 악성 신생물 2. 여성 및 남성생식기관의 악성 신생물 3. 방광의 악성 신생물	C50 C51~C63 C67
유사암 및 양성신생물	1. 기타 피부의 악성 신생물 2. 갑상선의 악성 신생물 3. 구강, 식도 및 위의 제자리암종 4. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 5. 중이 및 호흡계통의 제자리암종 6. 제자리흑색종 7. 피부의 제자리암종 8. 유방의 제자리암종 9. 자궁경부의 제자리암종 10. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종 11. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종 12. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 13. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	C44 C73 D00 D01 D02 D03 D04 D05 D06 D07 D09 D37 D38

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구 분	분 류 항 목	분류번호
	14. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 15. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 16. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 17. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 18. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 19. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 20. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양 21. 미결정의 단클론감마글로불린병증 22. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 23. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물 24. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	 D39 D40 D41 D42 D43 D44 D47.0 D47.2 D47.7 D47.9 D48
	1. 수막의 양성 신생물 2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D32 D33

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【별표36】

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

1. 약관에 규정하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

분 류 항 목	특정기호
1. 【별표36-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 새당 상병의 치료를 위하여【별표36-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일.	V191
2. 【별표36-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단,【별표36-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
3. 【별표36-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단,【별표36-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주) NHISS란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

2. '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 과한 기준'에 따라 판단합니다.

【별표36-1】

본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
뇌혈관질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
두개내손상	S06

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표36-2】

본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

분 류 항 목	수가코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621, S4622
뇌동맥류수술	S4641, S4642
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661, S4662
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술-혈종제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593, M6594, M6597
경피적뇌혈관약물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601, M6602, M6605
경피적혈전제거술	M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639
혈관색전술	M1661~M1663, M1676, M1677, M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333
혈관내 죽종제거술	O0226, O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표37】

중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

1. 약관에 규정하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)’ 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

분 류 항 목	특정기호
‘[별표37-1]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병’에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 ‘[별표37-2]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술’에 해당하는 수술 또는 ‘[별표37-3]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분’에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일. 단, [별표37-1]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병’에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별표37-2]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술’에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일.	V192

2. ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 ‘본인일부부담금 산정특례에 과한 기준’에 따라 판단합니다.

【별표37-1】

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈성심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군(다까야수)	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4,Q26.8,Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표37-2】

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

분 류 항 목	수가코드
동맥관 우회로 조성술	OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826

분 류 항 목	수가코드
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851,O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리 수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879, O1881, O1882, O1883
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890, O1891
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932, O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981, O1982
심박기거치술	O2001, O2004, 02005, O2009, O0203~O0210, O0236, O0237, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O2021, O2022, O2031~O2033

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

분 류 항 목	수가코드
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550, M0651, M0657, M0658, M0661, M0662
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552,M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564,M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571, M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580, M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651, M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634,M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103
디케이에스수술	O1853
관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술	O0232~O0234
대동맥근부수술	O0235
심장 재동기화 치료기 거치술	O2221~O2224

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표37-3】

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

분 류 항 목	수가코드
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표38】

중증화상 산정특례대상 분류표

1. 약관에 규정하는 “중증화상 산정특례대상”은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)’ 제5조 별표4 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	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 별첨 3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음 (V306은 제외)		
가	【별표38-1】(본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병)에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
나	【별표38-1】(본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병)에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
다	【별표38-1】(본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병)의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
라	【별표38-1】(본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병)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 【별표38-2】(본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술)의 수술을 받는 경우	V306
마	【별표38-1】(본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병)의 상병 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

2. ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자(화상) 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 판단합니다.

【별표38-1】

본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 중증화상은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3의 별첨 3에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

<중증도기준>

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

<체표면적 기준>

구분	상병명	상병코드
1	신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
2	신체표면의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
	신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조 별표3의 별첨 3에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표38-2】

본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술

1. 약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 중증화상은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)' 제4조 별표3의 별첨 3에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

구분	수술명	수술코드
1	반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242~N0247, NA241~NA243
3	반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제4조 별표3의 별첨 3에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표39】

중증외상 산정특례대상 분류표

1. 약관에 규정하는 “중증외상 산정특례대상”은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1 시행)’ 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가「응급의료에 관한 법률」제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

2. ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 판단합니다.

【별표40】

전이암 분류표

1. 약관에 규정하는 전이암은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전이암관련 질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
림프절전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정전이암	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C78 C79 C80

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암관련 질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41】

특정허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
6. 드레슬러증후군	I24.1

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표42】

특정뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
7. 파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
8. 파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1
9. 모야모야병	I67.5
10. 두개내정맥계통의 비화농성 혈전증	I67.6
11. 달리 분류되지 않은 대뇌동맥염	I67.7
12. 뇌아밀로이드혈관병증(E85.-+)	I68.0
13. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 대뇌동맥염	I68.1
14. 달리 분류된 기타 질환에서의 대뇌동맥염	I68.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정뇌혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표43】

특정4대질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 특정4대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정4대질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분류항목	분류코드
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
대장 양성종양 및 폴립	결장의 폴립	K63.5
	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
	(항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	(D12.9 제외)
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	만성 부비동염	J32
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
특정피부질환	내향성 손발톱	L60.0
	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정4대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표44】

특정허혈성심장질환Ⅱ 분류표

1. 약관에 규정하는 특정허혈성심장질환Ⅱ으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정허혈성심장질환Ⅱ 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 오래된 심근경색증	I25.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정허혈성심장질환Ⅱ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표45】

통합상해사고 분류표

1. 약관에 규정하는 통합사고로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합상해사고 해당 여부를 판단합니다.

구분	부위	분류항목	분류번호
경증	머리 및 목	1. 머리의 표재성 손상	S00
		2. 머리의 열린상처	S01
		3. 머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		4. 머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		5. 목의 표재성 손상	S10
		6. 목의 열린상처	S11
		7. 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		8. 목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	복부 및 등	9. 흉부의 표재성 손상	S20
		10. 흉부의 열린상처	S21
		11. 흉부의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		12. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		13. 흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		14. 복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		15. 복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		16. 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		17. 복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상	S39
	어깨 및 팔	18. 어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		19. 어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		20. 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		21. 어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
		22. 아래팔의 표재성 손상	S50
		23. 아래팔의 열린상처	S51
		24. 팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		25. 아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59

구분	부위	분류항목	분류번호
	손목 및 손	26. 손목 및 손의 표재성 손상	S60
		27. 손목 및 손의 열린상처	S61
		28. 손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		29. 손목 및 손의 기타 및 상세불명의 손상	S69
	엉덩이 및 다리	30. 엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		31. 엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		32. 고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		33. 엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
		34. 아래다리의 표재성 손상	S80
		35. 아래다리의 열린상처	S81
		36. 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		37. 아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	발목 및 발	38. 발목 및 발의 표재성 손상	S90
		39. 발목 및 발의 열린상처	S91
		40. 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
		41. 발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S99
	기타	42. 여러 신체부위를 침범한 표재성 손상	T00
		43. 여러 신체부위를 침범한 열린상처	T01
		44. 여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
		45. 달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상	T06
		46. 상세불명의 다발손상	T07
		47. 척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상	T09
		48. 팔의 상세불명 부위의 기타 손상	T11
		49. 다리의 상세불명 부위의 기타 손상	T13
		50. 상세불명의 신체부위의 손상	T14
		51. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
		52. 몸통의 화상 및 부식	T21
		53. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
		54. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
		55. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
		56. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
		57. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
		58. 기도의 화상 및 부식	T27

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	부위	분류항목	분류번호
		59. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
		60. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
		61. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
		62. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
		63. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
		64. 표재성 동상	T33
		65. 조직괴사를 동반한 동상	T34
		66. 여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
중등증	머리 및 목	67. 두개골 및 안면골의 골절	S02
		68. 뇌신경의 손상	S04
		69. 눈 및 안와의 손상	S05
		70. 두개내손상	S06
		71. 목의 골절	S12
		72. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		73. 목부위의 혈관이 손상	S15
		74. 목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	복부 및 등	75. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		76. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		77. 흉부 혈관의 손상	S25
		78. 심장의 손상	S26
		79. 요추 및 골반의 골절	S32
		80. 복부, 아래등의 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		81. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		82. 복강내기관의 손상	S36
		83. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
	어깨 및 팔	84. 어깨 및 위팔의 골절	S42
		85. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		86. 어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		87. 어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
		88. 아래팔의 골절	S52
		89. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		90. 아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		91. 아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56

구분	부위	분류항목	분류번호
	손목 및 손	92. 손목 및 손부위의 골절 93. 손목 및 손 부위의 신경성 손상 94. 손목 및 손 부위의 혈관의 손상 95. 손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S62 S64 S65 S66
	엉덩이 및 다리	96. 대퇴골의 골절 97. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상 98. 엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상 99. 엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상 100. 발목을 포함한 아래다리의 골절 101. 아래다리 부의의 신경손상 102. 아래다리 부의의 혈관의 손상 103. 아래다리 부의의 근육 및 힘줄의 손상	S72 S74 S75 S76 S82 S84 S85 S86
	발목 및 발	104. 발목을 제외한 발의 골절 105. 발목 및 발 부위의 신경의 손상 106. 발목 및 발 부위의 혈관의 손상 107. 발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S92 S94 S95 S96
	기타	108. 여러 신체부위를 침범한 골절 109. 척추의 상세불명 부위의 골절 110. 팔의 상세불명 부위의 골절 111. 다리의 상세불명 부위의 골절	T02 T08 T10 T12
중증	머리 및 목	112. 머리의 으깸손상 113. 머리 부분의 외상성 절단 114. 목의 으깸손상 115. 목부위의 외상성 절단	S07 S08 S17 S18
	복부 및 등	116. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단 117. 복부, 아래등 골반의 으깸손상 및 외상성절단	S28 S38
	어깨 및 팔	118. 어깨 및 위팔의 으깸손상 119. 어깨 및 위팔 외상성 절단 120. 아래팔의 으깸손상 121. 아래팔의 외상성 절단	S47 S48 S57 S58

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

구분	부위	분류항목	분류번호
	손목 및 손	122. 손목 및 손의 으깸현상 123. 손목 및 손의 외상성 절단	S67 S68
	엉덩이 및 다리	124. 엉덩이 및 대퇴의 으깸현상 125. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단 126. 아래다리의 으깸손상 127. 아래다리의 외상성 절단	S77 S78 S87 S88
	발목 및 발	128. 발목 및 발의 으깸현상 129. 발목 및 발의 외상성 절단	S97 S98
	기타	130. 여러 신체부위를 침범한 으깸손상 131. 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T04 T05

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 상기 상병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

【별표46】

통합암(유사암제외) 분류표

1. 약관에 규정하는 통합암(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합암(유사암제외) 해당 여부를 판단합니다.

세부보장	분 류 항 목	분류번호
소액암	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
특정소화기계암	1. 식도의 악성 신생물 2. 위의 악성 신생물 3. 소장의 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 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
림프종및백혈병관련암	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	C81 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C90 C91

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

세부보장	분 류 항 목	분류번호
	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
폐암	1. 기관의 악성 신생물	C33
	2. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	3. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
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

세부보장	분 류 항 목	분류번호
	- 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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통합암(유사암제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표47】

전이암Ⅱ 분류표

1. 약관에 규정하는 전이암Ⅱ은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전이암Ⅱ관련 질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암Ⅱ관련 질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표48】

급여 창상봉합술 대상 수가코드

1. 약관에 규정하는「창상봉합술」으로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
창상봉합술	
가.안면또는경부	
(1)단순봉합	
(가)표재성인것	
1)길이 1.5cm 미만	S0021
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	S0022
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	S0031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	S0032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
(2)변연절제를 포함	

대상이 되는 질병	분류번호
(가)표재성인 것	
1)길이 1.5cm미만	SA021
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	SA022
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	SA031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	SA032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다63.81점을 추가 가산한다	SA040
가.안면과경부이외	
(1)단순봉합	
(가)표재성인것	
1)길이 2.5cm미만	SB021
2)길이 2.5cm이상~5.0cm미만	SB022
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SB029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030
(나)근육에 달하는것	SB031
1)길이 2.5cm미만	SB032
2)길이 2.5cm이상~5.0cm미만	SB039

대상이 되는 질병	분류번호
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
(2)변연절제를포함	
(가)표재성인 것	
1)길이 2.5cm미만	SC021
2)길이 2.5cm이상~5.0cm미만	SC022
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SC029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다103.14점을 추가 가산한다.	SC030
(나)근육에달하는것	
1)길이 2.5cm미만	SC031
2)길이 2.5cm이상~5.0cm미만	SC032
3)길이 5.0cm이상~10.0cm미만	SC039
주:길이 10cm이상창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다103.14점을 추가 가산한다.	SC040
(다)창상청소 및 변연절제만 실시한 경우	SC027
주:근육에 달하는 창상의 경우에는 372.25점을 산정한다.	SC028

주) 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표49】

급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 대상 수가코드

1. 약관에 규정하는「안면부창상봉합술(3cm이상)」으로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
창상봉합술	
가.안면또는경부	
(1)단순봉합	
(가)표재성인것	
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0027
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0028
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	S0031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	S0032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	S0037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	S0038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	S0039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040
(2)변연절제를 포함	
(가)표재성인것	SA027
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA028

대상이 되는 질병	분류번호
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA029
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나)근육에달하는것	
1)길이 1.5cm미만	SA031
2)길이 1.5cm이상~3.0cm미만	SA032
3)길이 3.0cm이상~5.0cm미만	SA037
4)길이 5.0cm이상~7.5cm미만	SA038
5)길이 7.5cm이상~10.0cm미만	SA039
주:길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다63.81점을 추가 가산한다	SA040

주) 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표50】

아나필락시스쇼크 분류표

1. 약관에 규정하는 아나필락시스쇼크로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 아나필락시스쇼크 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 아나필락시스쇼크 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51】

주요관절손상 분류표

1. 약관에 규정하는 주요관절손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

부위	대상이 되는 상병	분류번호
주요관절(팔꿈치,손목,발목)	팔꿈치의 골절	S52.09
	팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
	아래팔 부위의 기타 신근 및 힘줄의 손상	S56.5
	아래팔 부위의 다발성 근육 및 힘줄의 손상	S56.7
	팔꿈치의 으깸손상	S57.0
	팔꿈치 부위의 외상성 절단	S58.0
	손 주상골의 골절	S62.0
	기타 수근골의 골절	S62.1
	제1중수골의 골절	S62.2
	기타 중수골의 골절	S62.3
	중수골의 다발골절	S62.4
	손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8
	손목의 탈구	S63.0
	손목 및 수근골 인대의 외상성 파열	S63.3
	손목의 측부 인대의 외상성 파열	S63.3
	요골수근골(인대)의 외상성 파열	S63.3
	척골수근골(손바닥) 인대의 외상성 파열	S63.3
	중수지골 및 지골간 관절에서 손가락인대의 외상성 파열	S63.4
	중수지골 및 지골간 관절에서 측부인대의 외상성 파열	S63.4
	중수지골 및 지골간 관절에서 손바닥쪽 인대의 외상성 파열	S63.4
	중수지골 및 지골간 관절에서 손바닥판 인대의 외상성 파열	S63.4

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

부위	대상이 되는 상병	분류번호
	손목의 염좌 및 긴장	S63.5
	손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 으깸손상	S67.8
	손목 및 손의 기타 부분을 동반한 손가락(부분)의 복합성외상성 절	S68.3
	손목 및 손 부위의 외상성 절단	S68.4
	손목 및 손의 기타 부분의 외상성 절단	S68.8
	손목 및 손의 상세불명 부위의 외상성 절단	S68.9
	내측복사의 골절	S82.5
	외측복사의 골절	S82.6
	아래다리의 다발골절	S82.7
	아래다리의 기타부분의 골절	S82.8
	발목관절의 탈구	S93.0
	거골의 탈구	S93.0
	비골, 하단의 탈구	S93.0
	거골의 탈구	S93.0
	경골, 하단의 탈구	S93.0
	발목 및 발 부위의 인대의 파열	S93.2
	발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
	발목의 염좌 및 긴장	S93.4
	발의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장	S93.6
	족근(인대)의 염좌 및 긴장	S93.6
	족근골중족골(인대)의 염좌 및 긴장	S93.6
	발목의 으깸손상	S97.0
	발목부위의 발의 외상성 절단	S98.0
주요관절 (어깨,무릎)	견갑골의 골절	S42.1
	쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
	견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
	어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
	어깨의 으깸손상	S47
	어깨관절의 외상성 절단	S48.0

부위	대상이 되는 상병	분류번호
	무릎뼈의 골절	S82.0
	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
	아킬레스힘줄의 손상	S86.0
	무릎의 으깸손상	S87.0
주요관절 (고관절)	대퇴골의 골절	S72
	고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
	대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상	S76.1
	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
	엉덩이 및 대퇴의 외상성절단	S78

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 주요관절손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 상병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51-1】

주요관절손상수술치료 대상 수가코드

1. 약관에서 규정하는 '급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드'로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2020-5호,2020.2.1.시행) 」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
급성화농성관절염절개술(고관절)	N0680,N0681
급성화농성관절염절개술(견관절,슬관절)	N0684,N0687
급성화농성관절염절개술(주관절,완관절,족관절)	N0685,N0688
자가유래연골세포이식술-채취술[관절경검사 포함]	N0691
자가유래연골세포이식술-이식술-골막 이용	N0692
자가골연골이식술	N0693,N0695
자가유래연골세포이식술-이식술-피브린글루 이용	N0694
대퇴과 연골손상에 대한 생체재료 사용 개량 미세골절술	N0696
사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절	N0700,N0709
사지관절절제술[활막절제를포함]-고관절	N0701,N0706
사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절	N0703,N0708
사지관절절제술[활막절제를포함]-슬관절	N0710,N0718
인공관절치환술-전치환[고관절]	N0711,N2070
인공관절치환술-부분치환술[고관절]	N0715,N2710
인공관절재치환술-전치환[고관절]	N1711,N1721,N3710
인공관절재치환술-부분치환[고관절]	N1715,N1725
인공관절치환술-전치환[견관절]	N2071,N2076
인공관절치환술-전치환[슬관절]	N2072,N2077
인공관절치환술-전치환[주관절]	N2073,N2078
인공관절치환술-전치환[완관절]	N2074

대상이 되는 의료행위	수가코드
인공관절치환술-전치환[족관절]	N2075,N2079
인공관절치환술-부분치환술[견관절]	N2711,N2716
인공관절치환술-부분치환술[슬관절]	N2712,N2717
인공관절치환술-부분치환술[주관절]	N2713,N2718
인공관절치환술-부분치환술[완관절]	N2714
인공관절치환술-부분치환술[족관절]	N2715,N2719
인공관절재치환술-전치환[견관절]	N3711,N3716
인공관절재치환술-전치환[슬관절]	N3712,N3717
인공관절재치환술-전치환[주관절]	N3713,N3718
인공관절재치환술-전치환[완관절]	N3714
인공관절재치환술-전치환[족관절]	N3715,N3719
인공관절재치환술-전치환[고관절]-복잡	N3720
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-전치환[견관절]	N3721,N3726
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-전치환[슬관절]	N3722,N3727
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-전치환[주관절]	N3723,N3728
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-전치환[완관절]	N3724
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-전치환[족관절]	N3725,N3729
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-부분치환[고관절]	N4710
인공관절재치환술-부분치환[견관절]	N4711,N4716
인공관절재치환술-부분치환[슬관절]	N4712,N4717
인공관절재치환술-부분치환[주관절]	N4713,N4718

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

대상이 되는 의료행위	수가코드
인공관절재치환술-부분치환[완관절]	N4714
인공관절재치환술-부분치환[족관절]	N4715,N4719
인공관절재치환술-부분치환[고관절]-복잡	N4720
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-부분치환[견관절]	N4721,N4726
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-부분치환[슬관절]	N4722,N4727
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-부분치환[주관절]	N4723,N4728
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
인공관절재치환술-부분치환[완관절]	N4724
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한 경우	
인공관절재치환술-부분치환[족관절]	N4725,N4729
-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	
절제관절성형술[고관절]	N0721
절제관절성형술[견관절,슬관절,주관절,완관절,족관절]	N0722
절제관절성형술[지관절]	N0723
관절고정술[고관절]	N0731
관절고정술[주관절,완관절,족관절]	N0733,N0736
관절고정술-족관절에 삼중관절고정술을 실시한 경우	N0735,N0737
관절고정술-견관절	N0738
관절고정술-슬관절	N0739
관절탈구 관혈적정복술(고관절)	N0751
관절탈구 관혈적정복술(견관절)	N0752
관절탈구 관혈적정복술(주관절)	N0753
관절탈구 관혈적정복술(슬관절)	N0754
관절탈구 관혈적정복술(완관절,족관절)	N0755

대상이 되는 의료행위	수가코드
반월상연골봉합술(내측 또는 외측)	N0823,N0828
반월상연골봉합술(내외측 동시)	N0824,N0829
반월상연골이식술	N0825,N0820
반월판연골절제술(내측 또는 외측)	N0821,N0826
반월판연골절제술(내외측 동시)	N0822,N0827
십자인대성형술	N0880,N0881
십자인대접합술	N0890
아킬레스건 재건술	N0920
아킬레스건 연장술	N0921
건및인대성형술-간단한것[절제,봉합,박리]	N0931
건및인대성형술-복잡한것[이식,이전,교환,인공건성형]	N0932
건및인대성형술-간단한것-근에 대한봉합술,이식술,이행술,교환술을 실시한 경우	N0933
건및인대성형술-복잡한것-근에 대한 봉합술,이식술,이행술,교환술을 실시한 경우	N0934
견봉성형술	N0935
견봉성형술 및 회전근개파열복원술(일차봉합술)	N0936
견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)	N0937,N0938

2. 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표52】

부인과질병 분류표

1. 약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 부인과질병 해당 여부를 판단합니다.

분류 항목	분류번호
1. 제자리 신생물	D00-D09
2. 양성 신생물	D10-D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D44, D47.0, D47.2, D47.7, D47.9, D48
4. 유방의 장애	N60-N64
5. 여성골반내기관의 염증성 질환	N70-N77
6. 여성생식기관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80-N95
7. 여성생식기관의 결핵	A18.17+

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 부인과질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표53】

여성생식기암 분류표

1. 약관에서 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
여성생식기관의 악성신생물	C51~C58

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 여성생식기암해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54】

자궁적출수술 분류표

약관에서 규정하는 자궁적출수술비의 자궁적출수술이란 국제의료행위 분류표(ICD.9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 아전적 복식 자궁절제술(Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 전체적 복식 자궁절제술(Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 자궁절제술(Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 근치적 복식 자궁절제술(Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 근치적 질식 자궁절제술(Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기 적출술(Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁절제술(Other and unspecified hysterectomy)	68.9

【별표55】

뇌정위적방사선수술 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌정위적 방사선수술은 건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제2부(행위 급여 목록상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

분 류 항 목		코드
뇌 정위적 방사선수술	1. 감마나이프 이용 2. 사이버나이프 이용 3. 선형가속기 이용	HD113 HD114 HD115

2. 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표56】

뇌심혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌심혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌심혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
[뇌질환]	
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관 질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69
[두개내손상]	
두개내손상	S06
[뇌전증]	
뇌전증	G40
뇌전증지속상태	G41
[일과성허혈발작]	
일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
[파킨슨병]	
파킨슨병	G20

분 류 항 목	분류번호
이차성 파킨슨	G21
[뇌수막염]	
뇌염, 척수염 및 뇌척추염	G04
[허혈심장질환]	
협심증	I20
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
[대동맥류 및 대동맥류 박리]	
대동맥동맥류 및 박리	I71
[흉부 혈관 및 심장의 손상]	
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26
[기타 형태의 심장병]	
급성 심낭염	I30
심낭의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판 장애	I34
비류마티스성 대동맥판 장애	I35
비류마티스성 삼첨판 장애	I36
폐동맥판 장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39

분 류 항 목	분류번호
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
심방실 차단 및 좌각 차단	I44
기타 전도 장애	I45
심장 정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장성 부정맥	I49
심부전	I50
심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증	I51
달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
[류마티스 심장질환]	
심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
류마티스성 승모판 질환	I05
류마티스성 대동맥판 질환	I06
류마티스성 삼첨판 질환	I07
다발성 판막 질환	I08
기타 류마티스성 심장 질환	I09

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌심혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표57】

급여 뇌심혈관조영술검사 분류표

“급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술”로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료		수가코드
뇌혈관조영술	두경부동맥조영-추골동맥	HA601
	두경부동맥조영-총경동맥	HA602
	두경부동맥조영-외경동맥	HA603
	두경부동맥조영-내경동맥	HA604
	두경부동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료 포함)	HA606
	두경부동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥조영술	흉부동맥조영-우심방조영	HA610
	흉부동맥조영-우심실조영	HA611
	흉부동맥조영-좌심실조영	HA612
	흉부동맥조영-좌심방조영	HA613
	관상동맥조영	HA670
	이식된관동맥우회로조영촬영[환자본래의관상동맥조영촬영포함]	HA680
	이식된관동맥우회로조영촬영[환자본래의관상동맥조영촬영포함]-2개혈관부터최대3개혈관	HA681
	이식된관동맥우회로조영촬영[환자본래의관상동맥조영촬영포함]과 동시촬영된좌심실조영촬영	HA682

보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표58】

급여 뇌심혈관질환 검사 분류표

"급여 뇌심혈관질환 검사"로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료		수가코드
뇌CT	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하지않는경우	HA451
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하는경우	HA461
	일반전산화단층영상진단-두부-이중, 삼중, 삼차원CT, CT혈관조영, 관절강내조영촬영, Cine, 뇌조CT	HA471
	일반전산화단층영상진단-두부-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
	일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	일반전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
뇌MRI	기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-일반	HE101
	기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-조영제주입전·후 촬영판독	HE201
	기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-중재적시술유도제2회부터	HE301
	기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE401
	기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-3차원	HE501
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI301

대상치료		수가코드
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
뇌척수액 검사	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
뇌파검사	각성뇌파검사-18채널미만	F6141
	각성뇌파검사-18채널미만(이동뇌파를실시한경우)	F6142
	각성뇌파검사-18채널이상	FA141
	각성뇌파검사-18채널이상(이동뇌파를실시한경우)	FA142
	수면뇌파검사-18채널미만	F6145
	수면뇌파검사-18채널미만(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	F6144
	수면뇌파검사-18채널이상	FA145
	수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	FA144

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

대상치료		수가코드
	특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널미만	F6147
	특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널이상	FA147
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 미만	F6148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상	FA148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	보행뇌파검사-4시간 이상~8시간 이하	F6143
	보행뇌파검사-8시간 초과	F6146
	지속적 뇌파 감시[1일당]	F6149
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널미만	F6151
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널이상	F6153
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널미만	F6152
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널이상	F6154
심장CT	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	HA424
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	HA434
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	HA464
	일반전산화단층영상진단-흉부-이중, 삼정, 삼차원CT, CT혈관조영, 관절강내조영촬영, Cine CT	HA474
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA514
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-삼차원	HA524
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-CT 혈관조영	HA534
	일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-Cine CT	HA554
	일반전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
	일반전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2회부터	HA834
심장MRI	기본자기공명영상진단-흉부-심장-일반	HE124
	기본자기공명영상진단-흉부-심장-조영제주입전·후 촬영판독	HE224
	기본자기공명영상진단-흉부-심장-중재적시술유도제2회부터	HE324
	기본자기공명영상진단-흉부-심장-제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE424
	기본자기공명영상진단-흉부-심장-3차원	HE524
	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224

대상치료		수가코드
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224
심장 초음파 검사	심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	심장-태아정밀 심초음파	EB436
	심장-경식도 심초음파	EB611
	심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	심장-심장내 초음파	EB612

보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표59】

충수염(맹장염) 분류표

1. 약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
충수의 질환	K35~K38

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표60】

추간판탈출증 분류표

1. 약관에 규정하는 추간판탈출증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 추간판탈출증 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 경추간판장애 2. 기타 추간판장애	M50 M51

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 추간판탈출증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표61】

요실금 분류표

1. 약관에 규정하는「요실금」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 요실금 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
요실금	1. 스트레스 요실금 2. 기타명시된 요실금 3. 상세불명의 요실금	N39.3 N39.4 R32

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 요실금 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표62】

요실금수술(급여) 분류표

약관에 규정하는「요실금수술(급여)」는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		분류번호
요실금수술 (급여)	1. 요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
	2. 요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
	3. 요실금수술 질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

【별표63】

급여 관상동맥성형술 분류표

1. 「급여 관상동맥성형술」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류 항 목		수가코드
경피적 관상동맥확장술	단일혈관	M6551
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554
	추가혈관	M6552
경피적 관상동맥스텐트 삽입술	단일혈관	M6561
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6563
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6567
	추가혈관	M6562
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6564
경피적 관상동맥죽상반절제술	단일혈관	M6571
	추가혈관	M6572

2. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표64】

항암방사선치료후 5대합병증 분류표

약관에 규정하는 항암방사선치료후5대합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 폐렴	
달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
거대세포바이러스폐렴	B25.0
폐렴이 합병된 홍역	B05.2
수두폐렴	B01.2
폐톡소포자충증	B58.3
폐포자충증	B48.5
상세불명 병원체의 폐렴	J18
방사선에 의한 급성 폐증상	J70.0
방사선에 의한 만성 및 기타 폐증상	J70.1
2. 뇌부종	
뇌부종	G93.6
방사선조사후 뇌병증	G93.81
3. 골괴사	
골괴사	M87
달리 분류된 기타 질환에서의 골괴사	M90.5
턱의 염증성 병태	K10.2

분 류 항 목	분류번호
4. 방사선장염	
방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
방사선직장염	K62.7
5. 방사선방광염	
방사선방광염	N30.4

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표65】

항암방사선치료후 4대합병증 분류표

약관에 규정하는 항암방사선치료후4대합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 방사선피부염	L58
2. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59
3. 처치후 갑상선기능저하증	E89.0
4. 처치후 뇌하수체기능저하증	E89.3
5. 기타 명시된 다발신경병증	G62.8

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표66】

추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드

1. 약관에 규정하는 신경차단술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수” 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
거미막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술	
가. 일회성 차단	
(1) 경추 및 흉추	LA321
(2) 요추 및 천추	LA322
나. 지속적 차단	
(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222, LA223
(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224, LA225
(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226, LA227
다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함]	LA228
경막외 저장기펌프 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
나. 삼차신경의 분지	LA341
다. 안면신경	LA232
라. 설인신경	LA233
마. 접구개신경절	LA234
바. 내시경하 접구개신경절	LA235
척수신경말초지차단술	
가. 대소후두신경	LA241
나. 상후두신경	LA242
다. 후두신경	LA243
라. 횡격막신경	LA244
마. 척추부신경	LA245
바. 액와신경	LA346
사. 액와하부신경	LA347
아. 견갑신경	LA247
자. 늑간신경	LA248
차. 장골서혜신경	LA249

내용	수가코드
카. 장골하복신경	LA270
타. 음부신경	LA271
파. 좌골신경	LA272
하. 폐쇄신경	LA273
거. 대퇴신경	LA274
너. 외측대퇴피신경	LA275
더. 상박신경총	LA276
척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
가. 경신경총	LA251
나. 방척추신경	LA352
다. 미골신경	LA353
라. 선택적 신경근	LA354
마. 척추후근신경절	LA355
바. 척수회백신경교통지	LA356
사. 요천골신경총	LA253
아. 척수신경 후지	LA357
자. 후지내측지	LA358
차. 추간관절차단	LA359
교감신경총 및 신경절차단술	
가. 간단한 것	LA261
나. 복잡한 것	
(1) 흉부교감신경절	LA361
(2) 요부교감신경절	LA362
(3) 복강신경총	LA264
(4) 하장간막신경총	LA265
(5) 상하복신경총	LA366
(6) 외톨이신경절	LA367

2. 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표67】

심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심장질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25
7. 급성 심장막염	I30
8. 심장막의 기타질환	I31
9. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
10. 급성 및 아급성 심내막염	I33
11. 상세불명 판막의 심내막염	I38
12. 급성 심근염	I40
13. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
14. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
15. 발작성 빈맥	I47
16. 심방세동 및 조동	I48
17. 심부전	I50

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표68】

경증질환 분류표

1. 약관에서 규정하는 경증질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 경증질환 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분류항목	분류코드
결막염	바이러스결막염	B30
	결막염	H10
다래끼	맥립종 및 콩다래끼	H00
외이의 질환	외이염	H60
	외이의 기타 장애	H61
티눈	티눈 및 굳은살	L84

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 경증질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

약관 인용 법·규정 (2025.4.1.)

1. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
2. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙
3. 개인정보 보호법
4. 개인정보 보호법 시행령
5. 국민건강보험법
6. 노인장기요양보험법 시행령
7. 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법
8. 도로교통법
9. 도로법
10. 민법
11. 민사소송법
12. 산업재해보상보험법 시행규칙
13. 상법
14. 소비자기본법
15. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
16. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령
17. 약사법
18. 어린이놀이시설 안전관리법
19. 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 별표2
20. 여객자동차운수사업법 시행령
21. 응급의료에 관한 법률
22. 의료급여법 시행령
23. 의료법
24. 의료법 시행규칙
25. 자동차관리법 시행규칙
26. 자동차손해배상보장법 시행령
27. 장애인복지법 시행규칙
28. 장애인복지법 시행령
29. 전자서명법
30. 폭력행위등 처벌에 관한 법률
31. 한의약육성법
32. 형법
33. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률
34. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
35. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙
36. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령
37. 금융소비자 보호에 관한 법률
38. 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

약관 인용 법 · 규정

【법규1】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제11조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우

② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【법규2】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별표 2]

감염병환자등의 진단 기준(제6조제5항 관련)

1. 제1급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제2급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제3급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제4급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 궤양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

【법규3】 개인정보 보호법

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 정보주체

의 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 제30조제2항에 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.

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.

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.

【법규4】 개인정보 보호법 시행령

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 조건을 모두 충족해야 한다.

1. 정보주체가 자유로운 의사에 따라 동의 여부를 결정할 수 있을 것
2. 동의를 받으려는 내용이 구체적이고 명확할 것
3. 그 내용을 쉽게 읽고 이해할 수 있는 문구를 사용할 것
4. 동의 여부를 명확하게 표시할 수 있는 방법을 정보주체에게 제공할 것

② 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

③ 법 제22조제2항에서 “대통령령으로 정하는 중요한 내용”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해

당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
가. 민감정보
나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

④ 개인정보처리자는 정보주체로부터 법 제22조제1항 각 호에 따른 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 알 수 있도록 표시해야 한다.

⑤ 법 제22조제3항 전단에서 "대통령령으로 정하는 방법"이란 서면, 전자우편, 팩스, 전화, 문자전송 또는 이에 상당하는 방법(이하 "서면등의 방법"이라 한다)을 말한다.

⑥ 중앙행정기관의 장은 제2항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.

【법규5】 국민건강보험법

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.

【법규6】 노인장기요양보험법 시행령

제7조(등급판정기준 등)

① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.

1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
6. 장기요양 인지지원등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다.

【법규7】 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

제7조(관련 행정기관의 통보사항) 제2항

② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때 에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다.

1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開)
2. 영업 내용의 변경
3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경
4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경

【법규8】 도로교통법

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, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 "음주측정방해행위"라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다.

⑥ 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.

【법규9】 도로법

제10조(도로의 종류와 등급)

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.

1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

제11조(고속국도의 지정 · 고시)

국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차 및 같은 조 제1호의3에 따른 자율주행자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다

제13조(고속국도 또는 일반국도의 지선)

① 국토교통부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 도로를 고속국도 또는 일반국도의 지선(이하 "지선"이라 한다)으로 지정·고시할 수 있다.

1. 고속국도 또는 일반국도와 인근의 도시·항만·공항·산업단지·물류시설 등을 연결하는 도로
2. 고속국도 또는 일반국도의 기능을 보완하기 위하여 해당 고속국도 또는 일반국도를 우회하거나 고속국도 또는 일반국도를 서로 연결하는 도로

② 제1항에서 정한 것 외에 지선의 지정 기준에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
③ 지선은 연결되는 주된 도로의 종류에 따라 각각 고속국도 또는 일반국도로 본다. 이 경우 지선이 연결되는 주된 도로의 범위는 국토교통부장관이 정한다.

【법규10】 민법

제27조(실종의 선고)
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제753조(미성년자의 책임능력)
미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 지능이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)
심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

제755조(감독자의 책임)
① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제777조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

【법규11】 민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)
① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명

하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정 명령을 하게 할 수 있다.
② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론 준비기일에서 말로 할 수 있다.
④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우,

또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내 에 흠을 보정하도록 명하여야한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

【법규12】 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

【법규13】 상법

제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

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

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【법규14】 소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

【법규15】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

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 전자거래기본법」 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 요구함에 따라 제공하는 경우

8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

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 판단하기 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 제1호로부터 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.

【법규16】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제 <2015.9.11.>

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다.

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가. 신용정보제공·이용자
   나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
   다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다.

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인 신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다.

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않는 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우

나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.

장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우

2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조제6항제7호가목부터 허목까지의 자를 말한다.

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

【법규17】 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1.~4. (생략)

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. (이하 생략)

【법규18】 어린이놀이시설 안전관리법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서「어린이제품 안전 특별법」제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.
2. "어린이놀이시설"이라 함은 어린이놀이기구가 설치된 실내 또는 실외의 놀이터로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
5. "관리주체"라 함은 어린이놀이시설의 소유자로서 관리책임이 있는 자, 다른 법령에 의하여 어린이놀이시설의 관리자로 규정된 자 또는 그 밖에 계약에 의하여 어린이놀이시설의 관리책임을 진 자를 말한다.
8. "안전진단"이라 함은 제4조의 안전검사기관이 어린이놀이시설에 대하여 조사·측정·안전성 평가 등을 하여 해당 어린이놀이시설의 물리적·기능적 결함을 발견하고 그에 대한 신속하고 적절한 조치를 하기 위하여 수리·개선 등의 방법을 제시하는 행위를 말한다.

제4조(안전검사기관의 지정 등)

① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 "안전검사기관"이라한다)을 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 안전검사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다.

③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전검사기관으로 지정하여야 한다.

1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우

④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전검사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전검사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

【법규19】 어린이놀이시설 안전관리법 시행령

■ 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 [별표 2]

어린이놀이시설(제2조 관련)

어린이놀이기구가 다음 각 호의 어느 하나의 장소에 설치된 경우 해당 놀이시설

1. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업을 하는 자의 영업소
2. 「도로법」 제2조제2호가목에 따른 휴게시설
3. 「도시공원 및 녹지 등에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 도시공원
4. 「식품위생법」 제36조제1항제3호에 따른 식품접객업을 하는 자의 영업소
5. 「아동복지법」 제3조제10호에 따른 아동복지시설
6. 「영유아보육법」 제2조제3호에 따른 어린이집 및 같은 법 제7조에 따른 육아종합지원센터
7. 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원 및 같은 법 제6조에 따른 유아교육진흥원
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포
9. 「의료법」 제3조제1항에 따른 의료기관
10. 「주택법」 제2조제12호에 따른 주택단지
11. 「초·중등교육법」 제2조제1호에 따른 초등학교 및 같은 조 제4호에 따른 특수학교
12. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원
13. 어린이에게 놀이를 제공하는 것을 업으로 하는 자의 영업소
14. 「건축법」 제2조제2항제6호에 따른 종교시설
15. 「건축법」 제11조에 따른 건축허가를 받아 주택과 주택 외의 시설을 동일 건축물로 건축한 건축물(해당 건축물 중 주택이 차지하는 세대 수가 100세대 이상인 건축물에 한정한다)
16. 「관광진흥법」 제3조제1항제3호다목에 따른 야영장업을 하는 자가 야영편의를 위하여 제공하는 시설
17. 「도서관법」 제4조제2항제1호에 따른 공공도서관
18. 「박물관 및 미술관 진흥법」 제2조제1호에 따른 박물관
19. 「산림문화·휴양에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 자연휴양림
20. 「하천법」 제2조제2호에 따른 하천구역 또는 같은 조 제3호에 따른 하천시설
21. 「과학관의 설립·운영에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 과학관
22. 「수목원·정원의 조성 및 진흥에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 수목원 및 같은 조 제1호의2에 따른 정원
23. 「하수도법」 제2조제9호에 따른 공공하수처리시설
24. 「국토의 계획 및 이용에 관한 법률 시행령」 제2조제1항제2호에 따른 공간시설 중 유원지

【법규20】 여객자동차운수사업법 시행령

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
   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.

【법규21】 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인

하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

【법규22】 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제 <2005.7.5.>
2. 삭제 <2005.7.5.>

② 삭제 <2005.7.5.>

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호 라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미

만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

【법규23】 의료법

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의업(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.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것.

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 최근 3년간 해당 의료기관 또는 그 개설자가 제64조제1항에 따른 3개월 이상의 의료업정지나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 사실이 없을 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제2항제1호 또는 제2호의 요건에 해당하지 아니하여 제63조에 따른 시정명령을 받고 이를 이행하지 아니한 경우
4. 제64조제1항에 따라 의료업이 3개월 이상 정지되거나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 경우
5. 전문병원에 소속된 의료인, 의료기관 개설자 또는 종사자가 제27조제1항 또는 제5항을 위반하여 전문병원 지정을 계속 유지하는 것이 부적절하다고 인정되는 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에위탁할 수 있다.

⑦ 전문병원 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 공무원④ 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.

【법규24】 의료법 시행규칙

■ 의료법 시행규칙 [별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
1.~11.	(생략)						
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
이하	(생략)						

■ 의료법 시행규칙 [별표 4]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

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

【법규25】 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

■ 자동차관리법 시행규칙 [별표 1]

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
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
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 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 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경

우에는 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. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【법규26】 자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계

가. 트럭지게차

나. 도로보수트럭

다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그손해액이 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 따른금액의 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.

【법규27】 장애인복지법 시행규칙

제2조(장애인의 장애 정도 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 해당 기준을 정하기 위하여 장애인에 대한 진단·재활·치료·교육 및 훈련 등에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 및 관계 기관·법인·단체의 의견을 청취할 수 있으며, 필요한 경우 자문회의를 개최할 수 있다.

【법규28】 장애인복지법 시행령

제2조(장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다.

② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

【법규29】 전자서명법

제2조(정의)

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

【법규30】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

① 삭제 <2016.1.6.>

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의

2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

① 삭제 <2016.1.6.>

② 삭제 <2006.3.24.>

③ 삭제 <2016.1.6.>

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하

나에 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 의한살인 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.

【법규31】 한의약육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규32】 형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조 삭제<2023.8.8.>

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

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)

전2조의 죄를 범하여 사람을 사망이나 상해에 이르게 한때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 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(강간등 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(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

【법규33】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접문서(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.

【법규34】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담

보하는 보험을 말한다.

3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.
4. "소방시설"이란「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」제2조제2호에 따른 소방시설등,「건축법」제49조에 따른 피난시설, 그 밖에 소방 관련 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.(신설)

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임) 제1항

① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이있는 경우에도 또한 같다.

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
   가. 사망의 경우 : 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
   나. 부상의 경우 : 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
   다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우 : 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【법규35】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비

2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규36】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.

1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.

2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

9. 「농수산물 유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업

나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업

다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업

라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업

마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업

바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업

사.「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업
아.「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11.「초·중등교육법」 제2조 및「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만,「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
12.「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.
13.「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
15.「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
16.「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
17.「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
18.「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제2조의2(소방시설) 법 제2조제4호에서 "대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1.「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」 제6조제5항제3호에 따른 방화시설
2.「건축법」 제49조제2항에 따라 설치되는 방화구획

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각 호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자과 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【법규37】 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~7. (생략)

8. "금융소비자"란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 "금융상품계약체결등"이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제17조(적합성원칙)

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   나. 투자성 상품
      1) 투자성 상품의 내용
      2) 투자에 따른 위험
      3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
      4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   다. 예금성 상품
      1) 예금성 상품의 내용
      2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   라. 대출성 상품
      1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
      2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
      3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보

목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
가. 연계·제휴서비스등의 내용
나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.
1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우

5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
   나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
   나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

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 청약철회의 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, 제

20조제1항 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.

【법규38】 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차등의 운전자가「도로교통법」제12조 제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세미만인 사람을 말한다. 이하같다) 에게「교통사고처리 특례법」제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌 한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

색인 (무) NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

특별약관 명	페이지

【 (무) NH헤아림3.10.10 건강보험2504(3~4종) 】

간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 205
간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 200
간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 712
간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 707
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(3.10.10간편가입) 보장 특별약관 – 218
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 — 209
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 – 213
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 – 727
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 – 717
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 —— 722
갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 829
갱신형 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 1054
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 873
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 866
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 — 888
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 — 906
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 880
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 898
갱신형 암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 804
갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 835
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 —— 923
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 - 940
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 916
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 932
갱신형 전립선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 832
갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 853
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 841
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 838
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 847
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 844
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 ——— 814

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

특별약관 명	페이지
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	822
갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	851
갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	1062
갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	802
갱신형 통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	808
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	1045
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	1036
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 -	1028
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 -	1020
갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	979
갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	970
갱신형 하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 -	959
갱신형 하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	949
갱신형 하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관 –	995
갱신형 하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	987
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	1004
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	1009
갱신형 항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	1013
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	861
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	856
고관절인공관절수술비보장 특별약관	798
골절수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	129
골절진단비(치아파절제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	100
골절진단한방치료비(치아파절제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	150
관상동맥성형술(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	395
급성심근경색증진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	293
급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	564
급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	562
기타피부암및갑상선암전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	275
깁스치료비보장 특별약관	794
뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	559
뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	557
뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	574
뇌심혈관조영술검사비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	572
뇌정위적방사선수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	397
뇌졸중진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	286
뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	555

특별약관 명	페이지
뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	552
뇌출혈진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	284
뇌혈관질환수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	386
뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	288
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	772
뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	770
대상포진진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	323
144대질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	366
부인과질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	405
[4종] 보험료보장(암/뇌졸중/급성심근경색증진단, 상해/질병후유장해80%이상)(3.10.10간편가입) 특별약관	789
[3종] 보험료납입면제대상(3.10.10간편가입)보장 특별약관	783
[3종] 보험료납입지원(유사암진단)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	278
상해흉터복원수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	134
심근병증진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	316
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	301
심혈관특정질환 I 진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	299
아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	103
암수술비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	372
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	762
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	429
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	447
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	421
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	439
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	754
암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	743
암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	733
암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	238
암진단비(유사암제외)(체증형)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	244
암후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	229
양성뇌종양진단비 II (3.10.10간편가입)보장 특별약관	282
여성생식기암으로 인한 자궁적출수술비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	381
요로결석진단비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	325
요실금수술비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	408
유사암수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	377
유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	464
유사암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	480
유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	457

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

특별약관 명	페이지
유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	472
유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	749
유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	738
유사암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	241
유사암진단비(체증형)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	249
2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	576
2대질병후유장해(3~100%)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	234
5대골절진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	101
인공관절수술비보장 특별약관	796
일반상해수술비(1~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	112
일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	116
일반상해수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	105
일반상해수술비Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관	108
일반상해입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	126
일반상해입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	157
일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	183
일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	178
일반상해입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	187
일반상해입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	192
일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	166
일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	162
일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	170
일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	174
일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	160
일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	196
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	137
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	139
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	142
일반상해통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	122
일반상해후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	95
일반상해후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	93
전이암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	265
주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	155
주요심장염증질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	319
중증갑상선암진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	261
질병사망(3.10.10간편가입)보장 특별약관	223
질병수술비(1~5종)Ⅱ(3.10.10간편가입)보장 특별약관	355

특별약관 명	페이지
질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	360
질병수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	327
질병수술비(4대특정질병제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	336
질병수술비(경증질환제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	331
질병수술비(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	341
질병입원수술비(당일입원제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	350
질병입원일당(1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	647
질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	682
질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	676
질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	688
질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	694
질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	658
질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	652
질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	664
질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	670
질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	649
질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	700
질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	412
질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	415
질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	418
질병통원수술비(당일입원포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	345
질병후유장해(80%미만)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	226
질병후유장해(80%이상)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	224
창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	145
창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	148
추간판장애수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	400
충수염수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	402
통풍진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	321
통합상해진단비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	98
통합암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	252
통합전이암진단비(유사암제외)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	269
특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	258
특정뇌혈관질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	291
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	597
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	590
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	583
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	619

▶▶▶ 무배당 NH헤아림3.10.10건강보험2504(3~4종) 약관

특별약관 명	페이지
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	612
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	605
특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	640
특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	633
특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	626
특정순환계질환수술비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	392
특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	303
특정순환계질환진단비(2~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	306
특정순환계질환진단비(3~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	309
특정순환계질환진단비(4~5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	311
특정순환계질환진단비(5종)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	314
특정허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	297
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	569
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	567
하이클래스 암주요치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	498
하이클래스 암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	489
하이클래스 항암약물치료비(상급종합병원플러스,진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	530
하이클래스 항암약물치료비(진단후10년,연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	523
항암방사선(중입자)치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	513
항암방사선·약물치료비(연간1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	539
항암방사선치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	509
항암방사선치료비(치료당)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	543
항암약물치료비(최초1회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	519
항암약물치료비(치료당)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	547
허혈성심장질환수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	389
허혈성심장질환진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	295
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	778
허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(3.10.10간편가입)보장 특별약관	776
화상수술비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	131
화상진단비(3.10.10간편가입)보장 특별약관	102

【 제도성 특별약관 】

보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관	1080
보험료자동납입 특별약관	1065
이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관	1066
자동갱신 적용대상 특별약관	1076
장애인전용보험전환 특별약관	1071
전자서명 특별약관	1070
지정대리청구서비스 특별약관	1067

- MEMO

- MEMO