약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book





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

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

2. 한 눈에 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 방법을 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 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면 상세내용을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상

보험금 지급절차

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

① 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조 보험금의 지급사유 제5조 보험금을 지급하지 않는 사유	p.3 p.3	영상 자료

* 본인이 가입한 특별약관을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요

② 청약 철회	제20조 청약의 철회	p.10	영상 자료
③ 계약 취소	제21조 약관교부 및 설명의무 등	p.11	영상 자료
④ 계약 무효	제22조 계약의 무효	p.12	영상 자료
⑤ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제15조 계약 전 알릴 의무 제17조 알릴 의무 위반의 효과	p.7 p.8	영상 자료
⑥ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제16조 계약 후 알릴 의무 제17조 알릴 의무 위반의 효과	p.7 p.8	영상 자료
⑦ 보험료 연체 및 해지	제31조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	p.20	영상 자료
⑧ 부활(효력회복)	제32조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) 제33조 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	p.21 p.21	영상 자료
⑨ 해약환급금	제34조 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회 제37조 해약환급금	p.23 p.23	영상 자료
⑩ 보험계약대출	제38조 보험계약대출	p.26	영상 자료

5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁(약관이용GuideBook 기준)

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

① 시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입 시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

➔ 약관 요약서 p.5

② '약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

➔ 핵심체크항목 p.3

③ 약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

➔ 용어 해설 p.28

④ 스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

➔ QR코드 p.2

⑤ 약관에서 인용된 '관련법규' 항목은 각 조항 하단에서 법률 조항 및 규정을 자세히 확인할 수 있습니다.

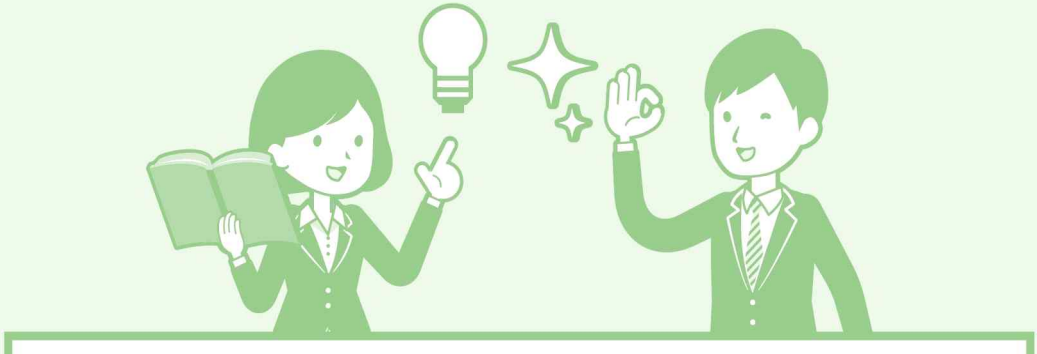
⑥ 약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

6. 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.hanainsure.co.kr), **고객 콜센터**(1566-3000)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는
약관 요약서



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로
보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**
※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요



- 보험회사명 : 하나손해보험
- 보험상품명 : 무배당 하나더스타트 어린이보험
- 보험상품의 종목 : 상해보험

01. 상품의 특징

보험계약 구분

1종 : 표준형

2종 : 해약환급금미지급형Ⅱ

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 하나더스타트 어린이보험

① **무 배 당** : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

② **어 린 이 보 험** : 피보험자의 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하는 어린이 전용 보험 상품입니다.

예금자보호

예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 1억원

해약환급금

[납입기간 중 해지시]

0원

(2종에 한함)

보장성보험

[사망,상해,질병 등]

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

주의

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

✓ 면책기간

면책기간 보험금 미지급

이 보험에는 보험금이 지급되지 않는 기간(면책 기간)이 설정된 담보가 있습니다.
■■■ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
질병	독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회 한,10일면책)(갱신형)	가입후 10일간 보장 제외
암진단	재진단암진단비(계약전환대상)	첫 번째 암 진단 후 1년간 보장 제외
	재진단암진단비(갱신형)	첫 번째 암 진단 후 1년간 보장 제외
배상책임	가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고 : 가입후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고(누수포함) : 가입후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고(누수포함) : 가입후 90일간 보장 제외
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 사고(누수포함) : 가입후 90일간 보장 제외

감액지급

감액지급 50% [1년 이내]

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

■■■ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	보험금 감액기간 및 감액지급
질병	외부요인폐질환진단비(연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	외부요인폐질환진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	패혈증진단비(연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	패혈증진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	폐렴진단비(연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	폐렴진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	주요폐질환진단비(연간1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)
	주요폐질환진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년간 보험금 50%지급 (단, 90일 미만시 보험금 10% 지급)

자기부담금

자기부담금 차감 후 지급

이 보험에는 보상대상 비용에 대해 일정금액의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

■■■ 자기부담금을 차감하는 담보

구분	담보명	자기부담금 차감(금액)
배상책임 특별약관	가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형)	대물 20만원
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물20만원, 누수 50만원
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물20만원, 누수 100만원
	가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)	대물20만원, 누수 200만원

보장한도

보장한도 최초 1회한

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있습니다.

■ ■ ■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
기타	보험료납입면제대상V	최초 1회에 한해 보장
후유장해	일반상해50%이상후유장해(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	일반상해80%이상후유장해	최초 1회에 한해 보장
	질병50%이상후유장해(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	질병80%이상후유장해(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
상해진단	골절진단비(치아파절포함)(계약전환대상)	사고 1회당 보장
	골절진단비(치아파절제외)(계약전환대상)	사고 1회당 보장
	5대골절진단비(계약전환대상)	사고 1회당 보장
	화상진단비(계약전환대상)	사고 1회당 보장
	중대한화상및부식진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	성장판손상특정부위골절진단비	최초 1회에 한해 보장
	안구특정상해진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정외상성뇌손상진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정외상성뇌출혈진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정외상성장기손상진단비	최초 1회에 한해 보장
	통합상해진단비	부위별 연간 1회 한도로 보장
	아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	중증화상 산정특례대상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
상해입원	일반상해입원일당(1일이상10일한도)	1일 이상 10일 한도로 보장
	일반상해입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	일반상해입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해입원일당(1일이상180일한도)(갱신형)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 일반상해입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해상급종합병원(1인실)입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	일반상해종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	일반상해수술입원일당(1일이상10일한도)	1일 이상 10일 한도로 보장
	일반상해수술입원일당(1일이상120일한도)	1일 이상 120일 한도로 보장
	일반상해수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	어린이다발성손상입원일당(1일이상120일한도)	1일 이상 120일 한도로 보장

구분	담보명	보장한도
상해수술	중대한특정상해수술비(최초1회한)(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	상해수술비(1~8종)(연간1회한)	수술시술코드당 연간 1회에 한해 보장
	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(갱신형)	수술시술코드당 연간 1회에 한해 보장
	골절철심제거수술비(연간1회한,급여)(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
상해치료	상해CT검사지원비(연간1회한,급여)	연간 1회 한도로 보장
	상해MRI검사지원비(연간1회한,급여)	연간 1회 한도로 보장
	상해 관절경검사 지원비(급여, 연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	상해주요관절손상수술치료비(급여,연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	골절탈구도수정복술지원비(급여, 연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	상해특정급여시술치료비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	상해재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한)	연간 15회 한도로 보장
	상해재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한)	연간 30회 한도로 보장
	상해재활치료비(급여,1일1회한,연간60회한)	연간 60회 한도로 보장
	상해통합치료비(고급형)	각 통합치료 항목별 지급횟수상이
	상해통합치료비(표준형)	각 통합치료 항목별 지급횟수상이
	상해통합치료비(실속형)	각 통합치료 항목별 지급횟수상이
	창상봉합술치료비(1일 1회한, 연간3회한)	연간 3회 한도로 보장
	특정화상처치비(급여,연간5회한)	연간 5회 한도로 보장
암진단	암진단비(유사암제외)(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	암진단비(유사암제외)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	체증형 암진단비(유사암제외)	최초 1회에 한해 보장
	암진단비(유방암및생식기암제외)(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	유방암및생식기암진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	11대특정암진단비	최초 1회에 한해 보장
	양성뇌종양진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	다발성소아암진단비	최초 1회에 한해 보장
	소아백혈병진단비	최초 1회에 한해 보장
	중증갑상선암진단비	최초 1회에 한해 보장
	유사암진단비(계약전환대상)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
	유사암진단비(갱신형)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
	체증형 유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 각각 최초 1회에 한해 보장
	중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
암입원/통원	암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)(계약전환대상)	1일 이상 90일 한도로 보장
	암직접치료통원비(상급종합병원)(계약전환대상)	1일 1회 한도로 보장
	암직접치료통원비(상급종합병원제외)	1일 1회 한도로 보장
암수술	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형)	갑상선 및 전립선암 제외, 갑상선 및 전립선암 각각 최초 1회에 한해 보장
	종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한)	세부보장별 연간 1회 한도로 보장

구분	담보명	보장한도
암치료	항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	항암중입자방사선치료비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	항암방사선·약물치료비(계약전환대상)	암 최초 1회에 한해 보장
		기타피부암, 갑상선암 각각 최초 1회 보장
	항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	암 최초 1회에 한해 보장
		기타피부암, 갑상선암 각각 최초 1회 보장
	갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	급여 특정 항암 부작용 약제 치료비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	말기암호스피스입원치료비	최초 1회에 한해 보장
질병진단	뇌혈관질환진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	뇌혈관질환진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	체증형 뇌혈관질환진단비	최초 1회에 한해 보장
	뇌졸중진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	허혈성심장질환진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	허혈성심장질환진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	체증형 허혈성심장질환진단비	최초 1회에 한해 보장
	급성심근경색증진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	급성심근경색증진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	심장관련소아특정질병진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	특정심장질환진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	기타심장부정맥진단비	최초 1회에 한해 보장
	염증성심장질환진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	중대한재생불량성빈혈진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	만성당뇨합병증진단비	최초 1회에 한해 보장
	인슐린의존당뇨병진단비	최초 1회에 한해 보장
	말기신부전증진단비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	급성신부전진단비	최초 1회에 한해 보장
	급성신우신염진단비	최초 1회에 한해 보장
	중증세균성수막염진단비	최초 1회에 한해 보장
	천식지속상태(급성중증천식)진단비	최초 1회에 한해 보장
	기흉진단비	최초 1회에 한해 보장
	결핵진단비	최초 1회에 한해 보장
	약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비	최초 1회에 한해 보장
	7대호흡계질환진단비	각각 최초 1회에 한해 보장
	주요폐질환진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	주요폐질환진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	외부요인폐질환진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	외부요인폐질환진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	폐렴진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	폐렴진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	12대소화계특정질환진단비	최초 1회에 한해 보장
	간경변진단비	최초 1회에 한해 보장
	간부전진단비	최초 1회에 한해 보장
	간염(B,C형)진단비	최초 1회에 한해 보장

구분	담보명	보장한도
질병진단	크론병진단비	최초 1회에 한해 보장
	2대중추신경계특정질환진단비	최초 1회에 한해 보장
	뇌전증진단비	최초 1회에 한해 보장
	편마비진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정안면마비진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	특정자가면역질환진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
	수두진단비	최초 1회에 한해 보장
	수족구진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	패혈증진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	패혈증진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	대상포진진단비	최초 1회에 한해 보장
	대상포진눈병진단비	최초 1회에 한해 보장
	가와사키병(점막피부림프절증후군)진단비	최초 1회에 한해 보장
	척추측만증(Cobbs각도20도이상)진단비	최초 1회에 한해 보장
	요로결석진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정정신장애진단비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	중증틱장애진단비	최초 1회에 한해 보장
	성장기언어및행동발달특정장애진단비	최초 1회에 한해 보장
	원형탈모증진단비	최초 1회에 한해 보장
	난청(노년난청제외)진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정귀어지럼증진단비	최초 1회에 한해 보장
	특정안과질환진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	결핵질환자 산정특례대상 진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	중증난치질환자 산정특례대상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	희귀질환자 산정특례대상진단비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
	중증질환자 심장질환 산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
질병입원	질병입원일당(1일이상10일한도)	1일 이상 10일 한도로 보장
	질병입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	질병입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	질병입원일당(1일이상180일한도)(갱신형)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 질병입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	질병상급종합병원(1인실)입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	질병상급종합병원(2~3인실)입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	질병종합병원(2~3인실)입원일당(1일이상30일한도)	1일 이상 30일 한도로 보장
	간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	3대질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장

구분	담보명	보장한도
질병입원	간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)	1일 이상 180일 한도로 보장
	질병수술입원일당(1일이상10일한도)	1일 이상 10일 한도로 보장
	질병수술입원일당(1일이상120일한도)	1일 이상 120일 한도로 보장
	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	순환계질환수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	식중독입원일당(4일이상120일한도)(계약전환대상)	4일 이상 120일 한도로 보장
	VDT증후군입원일당(1일이상120일한도)(계약전환대상)	1일 이상 120일 한도로 보장
	특정감염병입원일당(1일이상30일한도)(계약전환대상)	1일 이상 30일 한도로 보장
	어린이·청소년생활질환입원일당(4일이상120일한도)	4일 이상 120일 한도로 보장
	어린이·청소년주요질환입원일당(4일이상120일한도)	4일 이상 120일 한도로 보장
	환경성질환입원일당(1일이상180일한도)(갱신형)	1일 이상 180일 한도로 보장
	희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도)	4일 이상 120일 한도로 보장
	뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
	허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도)	1일 이상 180일 한도로 보장
질병수술	조혈모세포이식수술비(최초1회한)	최초 1회에 한해 보장
	5대장기이식수술비(최초1회한)(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	각막이식수술비(최초1회한)(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	충수염(맹장염)수술비(최초1회한))(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	뇌·내장손상수술비(계약전환대상)	최초 1회에 한해 보장
	어린이개흉심장수술비	최초 1회에 한해 보장
	어린이심장시술비	최초 1회에 한해 보장
	질병수술비(1~8종)(연간1회한)	수술시술코드당 연간 1회에 한해 보장
	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(갱신형)	수술시술코드당 연간 1회에 한해 보장
	로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형)	각각 연간 1회 한도로 보장
	질병악안면수술비(급여,연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	십자인대수술비(급여,연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
질병치료	혈전용해치료비	최초 1회에 한해 보장
	건선특정치료비(연간1회한,급여)	연간 1회 한도로 보장
	11대중대질환응급실내원진료비(응급,연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	4대특정검사(생검,골수,내시경,천자) 지원비(급여, 연간1회한)(갱신형)	각각 연간 1회 한도로 보장
	독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한,10일면책)(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
	내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	질병재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한)	연간 15회 한도로 보장
	질병재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한)	연간 30회 한도로 보장
	순환계질환주요치료생활비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
	질병특정급여시술치료비(연간1회한)	연간 1회 한도로 보장
아동학대피해	아동학대피해(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
	아동학대피해후유장해(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
	아동학대피해민사소송(갱신형)	연간 1회 한도로 보장
유괴피해	유괴납치피해일당	1일 이상 90일 한도로 보장

주1) 피보험자가 암의 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암방사선·약물치료비를 지급하지 않습니다.

주2) 피보험자가 암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급하지 않습니다.

02. 해약환급금에 관한 사항

◉ **보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.**

주의

① **1종(표준형) 가입시 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

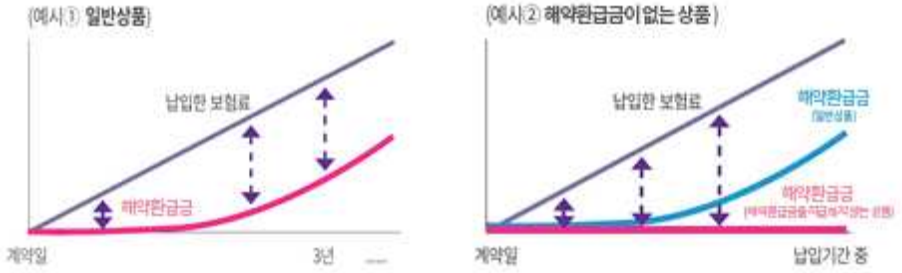
해약환급금 0원 [납입기간 중 해지시]

② **2종(해약환급금미지급형II) 납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금은 없습니다.**

* 대신 1종(표준형)보다 일반적으로 저렴하게 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 1종(표준형) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

* 다만, 일부 담보는 2종(해약환급금미지급형II)임에도 불구하고 1종(표준형)의 해약환급금을 100% 지급하며 보험료도 표준형과 동일합니다. 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

계약의 해지시점	2종(해약환급금미지급형II)
보험료 납입기간 중	없음
보험료 납입기간 완료이후	표준형 해약환급금의 50%



03. 실손보상형 담보





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

① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입 하더라도 실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다. (중복 가입 시 비례보상)

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형), 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형), 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형), 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형)

03. 갱신 시 보험료인상 가능성





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

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형), 질병수술비Ⅲ(1~5종)(질병)(갱신형),
항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형), 시청각질환수술비(갱신형),
항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형), 안과관련질환수술비(갱신형),
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형), 어린이·청소년주요질환수술비(갱신형),
뇌혈관질환진단비(갱신형), 중증질환자뇌혈관질환산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형),
상해수술비(갱신형), 중증질환자심장질환산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형),
일반상해입원일당(1일이상180일한도)(갱신형), 특정안면마비진단비(갱신형), 암수술비(갱신형),
특정자가면역질환진단비(갱신형), 암진단비(유사암제외)(갱신형),
골절철심제거수술비(연간1회한,급여)(갱신형), 유사암진단비(갱신형),
갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형), 질병수술비(갱신형),
급성심근경색증진단비(갱신형), 질병입원일당(1일이상180일한도)(갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형),
질병후유장해(3~100%)(갱신형), 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한,10일면책)(갱신형),
재진단암진단비(갱신형), 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)(갱신형),
특정감염병진단비(갱신형), 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암)(최초1회한)(갱신형),
환경성질환입원일당(1일이상180일한도)(갱신형), 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형),
특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비(갱신형),
가족일상생활중배상책임(누수제외)(대물20만원공제)(갱신형),
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형),
가족일상생활중배상책임(누수포함)(누수50만원,대물20만원공제)(갱신형), 136대질병수술비(갱신형),
가족일상생활중배상책임(누수포함)(누수100만원,대물20만원공제)(갱신형),
4대특정검사(생검,골수,내시경,천자)지원비(급여,연간1회한)(갱신형),
가족일상생활중배상책임(누수포함)(누수200만원,대물20만원공제)(갱신형), 뇌혈관질환수술비(갱신형),
아동학대피해(갱신형), 상해수술비(1~8종,연간1회한)(갱신형), 아동학대피해후유장해(갱신형),
질병수술비(1~8종,연간1회한)(갱신형), 아동학대피해민사소송(갱신형), 상해수술비Ⅲ(1~5종)(갱신형)

04. 갱신대상 보장별 갱신종료 나이

담보명	갱신종료 나이
어린이·청소년주요질환수술비(갱신형)	30세
아동학대피해(갱신형) 아동학대피해후유장해(갱신형) 아동학대피해민사소송(갱신형)	17세
그 외	보통약관 보험종료 나이

05. 보험료 납입면제 관련 유의사항

① 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

1) 암(유사암제외)으로 진단 확정되었을 경우
2) 뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환 또는 양성뇌종양 또는 중대한재생불량성빈혈 으로 진단 확정 되었을 경우
3) 상해로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두, 개흉 또는 개복수술을 받은 경우
4) 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
5) 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
6) 중대한화상및부식으로 진단 확정되었을 경우

② 1종의 경우 '①'의 사유로 보장보험료 납입면제가 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

주의 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

① 보장성보험



① 이 보험은 피보험자의 질병에 대한 위험을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.

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

② 금리연동형보험(1종에 한함)





① 이 보험의 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동됩니다.

② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.

③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.

* 자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

③ 예금자보호제도에 관한 사항





① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

④ 갱신형보장

주의

- 회사는 갱신형보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.
- 회사는 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.



【예시 : 40세의 피보험자가 5년 만기로 갱신하는 경우】

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 보장보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 5년 후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 45세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다. 한편, 세 번째 갱신계약의 보장보험료는 가입 15년 후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(50세 → 55세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구분	40세	45세	50세	55세	…	비고
보장보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	…	
최초계약 보험료표	5,000원	6,500원	8,000원	10,000원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	7,600원	9,500원	…	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	12,500원	…	나이증가 위험률 상승
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮		

07. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

주의

① 암 관련 보장

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

② 특정질병 관련 보장

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

③ 입원 관련 담보

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 수술 관련 담보

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

⑤ 상해 관련 담보

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

08. 보험사기 관련 특히 유의할 사항

주의

① 보험사기의 정의

- 보험금 지급요건이 되는 재해, 상해, 도난, 방화 또는 기타의 손실을 의도적으로 연출하거나 조작한 후 보험회사를 기망하여 보험금을 편취하는 행위(경성사기) 또는 보험사고 발생시 합법적인 청구를 과장, 확대하거나 계약 체결시 허위정보를 제공하여 낮은 보험료를 지불하는 등의 행위(연성사기)를 말하며, 이를 공모하거나 방조하는 행위도 보험사기로 간주됩니다.

② 보험사기처벌에 관한 사항

- 보험사기는 「형법 제347조」에 의거, 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해지게 됩니다.
- 보험사기로 인한 이득액이 5억원 이상인 경우 「특정경제범죄가중처벌 등에 관한 법률 제3조」에 의해 가중처벌되며, 이득액 이하에 상당하는 벌금이 병과될 수 있습니다.
  1) 5억원 이상 50억원 미만 : 3년 이상의 유기징역
  2) 50억원 이상 : 무기 또는 5년 이상의 징역

Ⅲ. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

(보통약관기준) 청약의 철회 p.10

◉ 일반금융소비자인 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다.)에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



◉ 일반금융소비자 : 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

◉ 전문금융소비자 : 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 따릅니다.

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

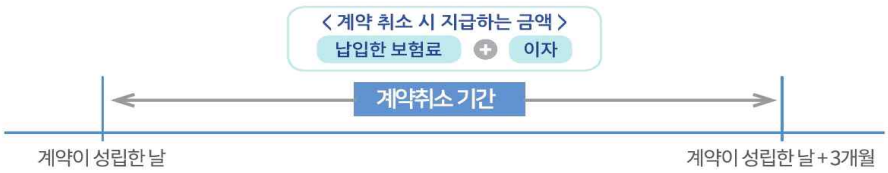
약관교부 및 설명의무 등 p.11

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

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



03. 보험계약의 무효

계약의 무효 p.12

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의(신뢰성을 갖춘 전자문서 포함)를 얻지 않은 경우

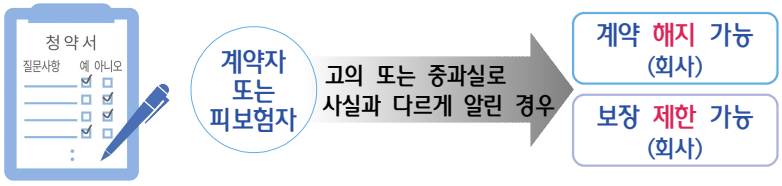
② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

계약 전 알릴 의무 p.7

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



주의

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

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



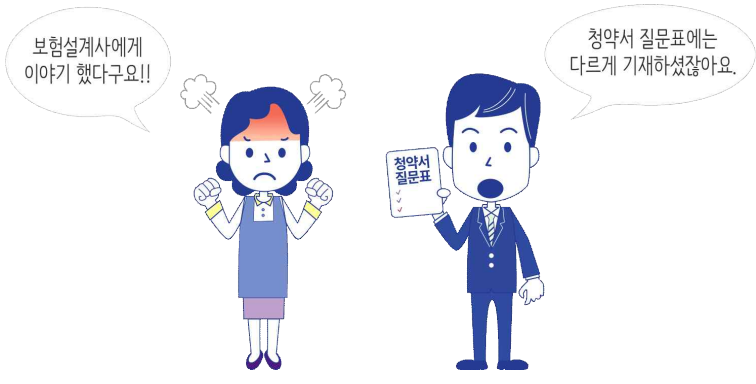
민원 사례

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

→ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음





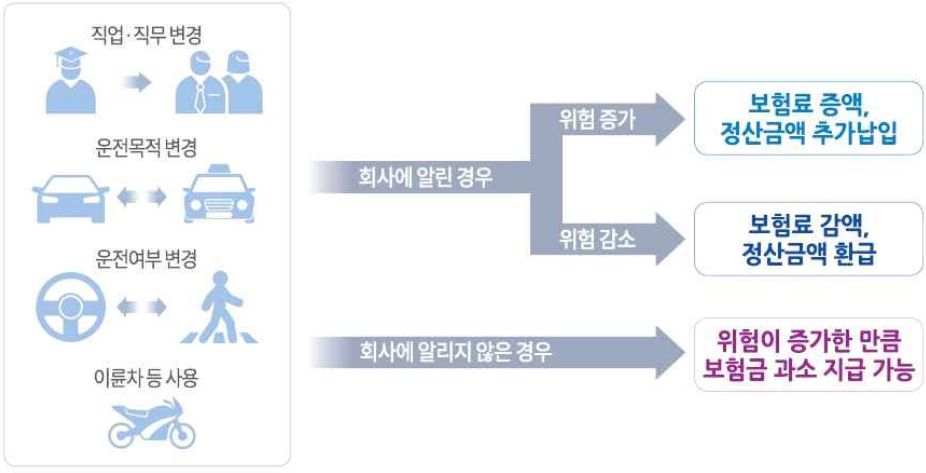
05. 보험계약後 알릴 의무 및 위반시 효과

계약 후 알릴 의무 p.7

◉ 보험계약자 또는 피보험자는 직업, 직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다. 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.
③ 알릴의무를 위반한 경우 회사는 약관에 따라 계약을 해지할 수 있습니다.

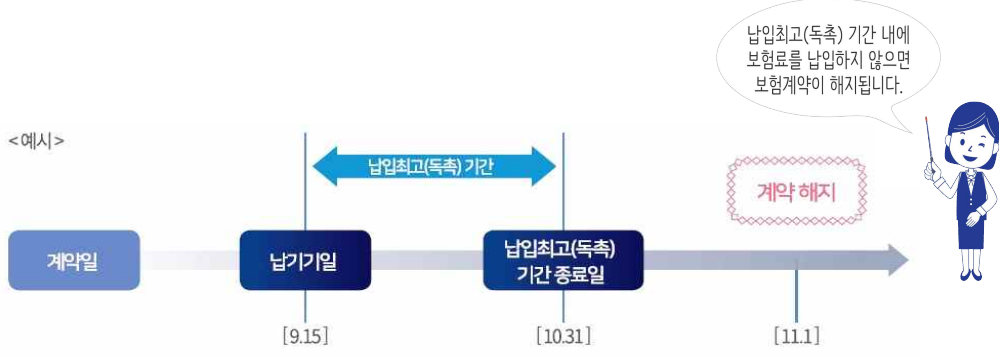


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지 p.20

◉ 보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

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

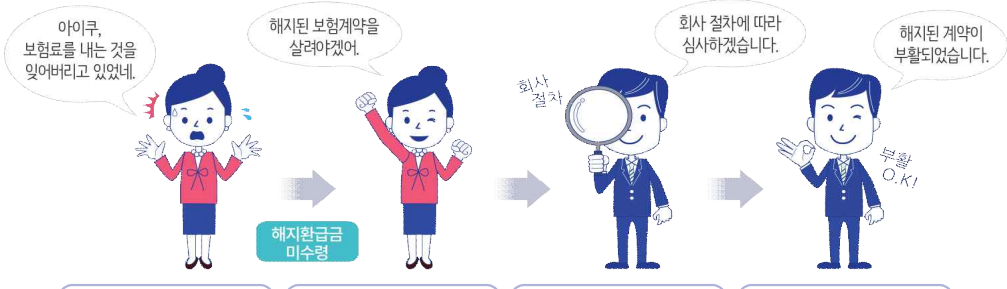


07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) p.21

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

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



보험료미납으로 인한 **계약의 해지** → 해지 후 3년 이내 **부활 청약** → 건강상태, 직업 등 **심사** → **승낙** or **거절** 또는 **일부 보장제한**

08. 보험계약대출

보험계약대출 p.26

◉ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

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

<예시>

환급금 내역서

해지환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원

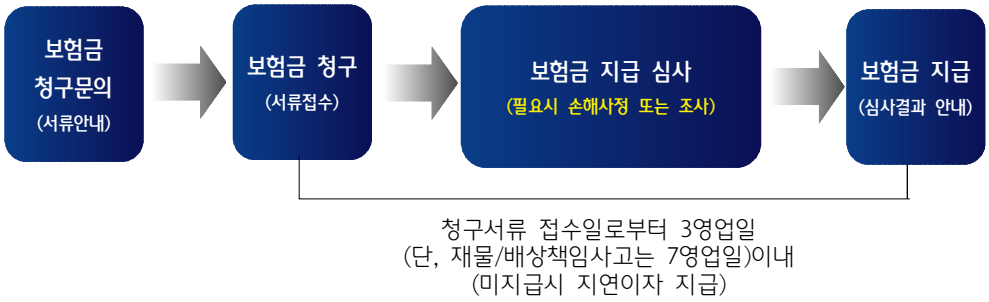




09. 보험금 청구절차 및 서류

보험금 등의 지급절차 p.4

◉ 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날부터 3영업일(단, 재물/배상책임사고는 7영업일) 이내에 보험금을 지급합니다.



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

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

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

● : 꼭 필요한 서류

△ : 서류가 필요할 수도 있음



Ⅳ. 보험금 청구시 구비서류 안내

※ 아래의 보험금 청구서류 외에 추가/대체 서류를 요청드리는 경우가 있을 수 있으니, 반드시 담당자와 필요 서류에 대해서 상의하시기 바랍니다.

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th colspan="2">구비서류</th><th>제공/
발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">공 통</td><td colspan="2">· 보험금청구서, 개인(신용)정보처리동의서
· 수익자 계좌번호
· 청구인 신분증 사본</td><td>당사 양식</td></tr>
<tr><td>가족관계 확인 필요시
(배우자/자녀 등의 보장상품,
수익자가 미성년자인 경우 등)</td><td>· 가족관계 확인 서류
(가족/혼인관계증명서)</td><td rowspan="2">시/군/구청 및
읍/면/동
주민센터
보험회사
(위임장)</td></tr>
<tr><td>대리인청구시</td><td>· 위임장 원본(인감날인)
· 보험금청구권자의 인감증명서 원본 또는 본인서명사실확인서
· 보험금청구권자의 개인(신용)정보동의서</td></tr>
<tr><td rowspan="7">상해</td><td>사망</td><td colspan="2">· 사망진단서 또는 사체검안서(사본 제출시 원본대조필 포함)
· 사망자 기준의 가족/혼인관계증명서 등(보상담당자와 상의 요)
· 위임자의 위임장 및 인감증명서, 신분증 사본</td><td>의료기관
주민센터</td></tr>
<tr><td>후유장해</td><td colspan="2">· 후유장해진단서(약관상 장해분류표에 따른 장해판정 필요)
- 장해부위별 약관에 따른 장해진단 방법이 상이하므로 자세한 상담을 원하시는 경우 장해진단서 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.
· 일반진단서로 대체 가능한 경우
- 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재)
- 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY 결과지
- 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지
- 비장 · 신장 · 안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지
- 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>상해/골절
진단비</td><td colspan="2">· 초진기록지/응급실기록지/구급활동일지 中 1
· 진단서/소견서
· 영상검사결과지(판독지), 골절 영상 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>상해/골절
수술비</td><td colspan="2">· 초진기록지/응급실기록지/구급활동일지 中 1
· 진단서/소견서
· 영상검사결과지(판독지), 골절 영상 등
· 수술기록지, 진료비세부내역서 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>입원</td><td colspan="2">· 초진기록지, 영상검사결과지(판독지) 中 1
· 입퇴원요약지(입퇴원확인서x) 등
→ 4일 이상 입원 시 간호기록지 必</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>통원</td><td colspan="2">· 진단명(질병분류코드 포함)이 포함된 서류
(예시)통원확인서, 치료확인서, 진료기록지 등</td><td>의료기관</td></tr>
<tr><td>간병인
일당</td><td colspan="2">· 사업자등록증, 간병인협회 가입확인서
· 간병인 영수증, 간병비 입출금내역
· 입퇴원요약지</td><td>의료기관</td></tr>
</table>

구분		구비서류	제공/ 발급처
질병	사망	· 사망진단서 또는 사체검안서(사본 제출시 원본대조필 포함) · 사망자 기준의 가족/혼인관계증명서 등(보상담당자와 상의 요) · 위임자의 위임장 및 인감증명서, 신분증 사본	의료기관 주민센터
	후유장해	· 후유장해진단서(약관상 장해분류표에 따른 장해판정 필요) - 장해부위별 약관에 따른 장해진단 방법이 상이하므로 자세한 상담을 원하시는 경우 장해진단서 발급 전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다. · 일반진단서로 대체 가능한 경우 - 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) - 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY 결과지 - 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 - 비장 · 신장 · 안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 - 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지	의료기관
	진단	· 진단서 · (암) 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수 및 혈액검사 결과지 - 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독 결과지(조직검사 불가시) - 간암 : 방사선 판독결과지(조직검사 불가시) 및 혈액검사 결과지 · (뇌질환) CT,MRI 등 방사선 판독결과지 · (심질환) 관상동맥 조영술결과지, 심전도결과지, 심장효소 혈액검사결과지 등 각종검사결과지	의료기관
	수술비	· 수술기록지 · 영수증, 진료비세부내역서 · 조직검사결과지(용종 절제 시)	의료기관
	입원	· 진단명(질병분류코드 포함), 입원기간이 포함된 서류 - 간호기록지(4일 초과 시) (예시) 입퇴원확인서, 치료확인서, 초진기록지, 진료기록지 등	의료기관
	통원	· 진단명(질병분류코드 포함)이 포함된 서류 (예시) 통원확인서, 치료확인서, 진료기록지 등	의료기관
	간병인 일당	· 사업자등록증, 간병인협회 가입확인서 · 간병인 영수증, 간병비 입출금내역 · 입퇴원요약지	의료기관

V. 보험용어 해설

◉ 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

◉ 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

◉ 보험계약 관계자

피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해·비용손해 보장>

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

◉ 보험료

1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

◉ 보험금

<신체손해·비용손해 보장>

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

◉ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

◉ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

◉ 보험계약일

계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준

◉ 보험년도

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

◉ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

◉ 계약자적립액

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

◉ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

◉ 청약철회

보험계약을 체결한 후 일정 기간 내에 계약을 취소할 수 있는 제도

◉ 제척기간

일정한 권리에 대해 법적으로 정해진 존속기간을 의미

◉ 초과보험

가입자와 보험사가 계약상 임의로 정한 보험 가입금액이 보험가액을 초과하는 경우를 의미

◉ 보험목적물

보험에서 보장하는 내용, 즉 보험사고 발생의 대상을 의미

◉ 승환

기존보험 계약을 해지하고 새로운 보험 계약으로 가입하는 것을 의미

◉ 불완전판매

보험상품을 소비자에게 판매할 때 보험금 지급 기준을 비롯한 주요 사항에 대한 충분한 설명을 하지 않고 보장금액만 강조하는 행위

◉ 면책기간

보험사가 소비자의 도덕적해이를 막기 위해 마련해 놓은 장치로 가입 후 일정 기간 보장을 해주지 않는 기간

◉ 감액지급기간

보험금 지급 사유가 발생하더라도 보험금액을 전부 지급하지 않고 감액하여 지급하는 기간

◉ 납입면제

사고나 질병으로 인해 보험료 납입이 어려운 상태가 되는 경우 계약자의 보험료 납입 의무를 면제해 주는 제도

◉ 전기납

보험기간과 납입기간이 같은 계약의 형태

◉ 세만기형

일정 기간 동안 매월 보험료 납부 후, 정해진 나이까지 보장을 받는 형식

◉ 부활

보험계약이 효력을 상실한 상태에서 다시 효력을 회복하는 것을 의미

◉ 무배당

배당을 주지 않는 보험상품을 의미

무배당 하나더스타트 어린이보험
약 관

• 상황별 목차 •

※ 아래와 같은 상황에서 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인할 수 있습니다. 단, 조항번호는 보통약관 기준입니다.

구 분	상 황	해당 조항
❶ 용어 정의	이 계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요.	제2조(용어의 정의) ····· 2
❷ 보험금의 지급	어떤 경우에 보험금을 받을 수 있나요?	제3조(보험금의 지급사유) ····· 3 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 3 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 3
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요?	제8조(보험금 등의 지급절차) ····· 4
❸ 계약 전 알릴 의무	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요?	제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 7 제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 8
❹ 보험계약의 성립과 유지	청약을 철회하고 싶어요.	제20조(청약의 철회) ····· 10
	보험수익자를 변경하고 싶어요. 보험가입금액을 감액하고 싶어요.	제23조(계약내용의 변경 등) ····· 13
❺ 보험료의 납입	보험료 납입할 때 유의할 점은 무엇인가요?	제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 15 제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 15
	보험료의 납입이 연체되었어요.	제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 20 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 21
❻ 계약의 해지	계약을 해지하고 싶어요.	제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 23 제37조(해약환급금) ····· 23

목차

보험계약 구분

1종 : 표준형
2종 : 해약환급금미지급형Ⅱ

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의 2
제1조(목적) 2
제2조(용어의 정의) 2

제2관 보험금의 지급 3
제3조(보험금의 지급사유) 3
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 3
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 3
제6조(보험금 지급사유 등의 통지) 4
제7조(보험금 등의 청구) 4
제8조(보험금 등의 지급절차) 4
제9조(공시이율의 적용 및 공시)【1종(표준형)에 한함】 5
제10조(만기환급금의 지급)【1종(표준형)에 한함】 5
제11조(보험금 받는 방법의 변경) 5
제12조(주소변경통지) 6
제13조(보험수익자의 지정) 6
제14조(대표자의 지정) 6

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7
제15조(계약 전 알릴 의무) 7
제16조(계약 후 알릴 의무) 7
제17조(알릴 의무 위반의 효과) 8
제18조(사기에 의한 계약) 9

제4관 보험계약의 성립과 유지 10
제19조(보험계약의 성립) 10
제20조(청약의 철회) 10
제21조(약관교부 및 설명의무 등) 11
제22조(계약의 무효) 12
제23조(계약내용의 변경 등) 13
제24조(보험나이 등) 13
제25조(계약의 소멸) 14

제5관 보험료의 납입 15
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 15
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) 15
제28조(보험료의 납입면제) 15
제28-1조("암(유사암제외)"의 정의 및 진단확정) 16
제28-2조("유사암"의 정의 및 진단확정) 16
제28-3조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정) 16
제28-4조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정) 17
제28-5조("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정) 17
제28-6조("중대한재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정) 17
제28-7조("뇌손상"등의 정의) 17
제28-8조("수술"의 정의와 장소) 18
제28-9조("중대한 화상및부식"등의 정의 및 진단확정) 18
제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) 19
제29-1조("일반상해50%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정) 19
제29-2조("질병50%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정) 19
제30조(보험료의 자동대출납입) 20
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 20
제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 21

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 21

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 **23**
제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 23
제35조(중대사유로 인한 해지) 23
제36조(회사의 파산선고와 해지) 23
제37조(해약환급금) 23
제38조(보험계약대출) 26
제39조(배당금의 지급) 26
제40조(위법계약의 해지) 26

제7관 보험계약의 자동갱신 등(갱신형 특별약관에 한함) **27**
제41조(적용범위) 27
제42조(계약의 자동갱신) 27
제43조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) 27

제8관 계약전환 **28**
제44조(적용범위) 28
제45조(계약전환 운영) 28
제46조(전환후 계약의 체결) 29
제47조(전환후 계약의 보험료 납입) 29
제48조(전환후 계약 약관의 준용) 29

제9관 분쟁의 조정 등 **30**
제49조(분쟁의 조정) 30
제50조(관할법원) 30
제51조(소멸시효) 30
제52조(약관의 해석) 30
제53조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 30
제54조(회사의 손해배상책임) 30
제55조(개인정보보호) 30
제56조(준거법) 31
제57조(예금보험에 의한 지급보장) 31

특 별 약 관

Ⅰ. 상해관련 특별약관 **34**
1-1. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 34
1-2. 심한상해수술비(계약전환대상) 특별약관 36
1-3. 중대한특정상해수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관 38
1-4. 상해흉터성형수술비(계약전환대상) 특별약관 40
1-5. 뇌·내장손상수술비(계약전환대상) 특별약관 42
1-6. 자전거탑승중상해후유장해(3~100%)(계약전환대상) 특별약관 44
1-7. 일반상해후유장해(3~100%)(계약전환대상) 특별약관 46
1-8. 일반상해후유장해(20~100%)(계약전환대상) 특별약관 48
1-9. 일반상해50%이상후유장해(계약전환대상) 특별약관 49
1-10. 골절진단비(치아파절포함)(계약전환대상) 특별약관 51
1-11. 골절진단비(치아파절제외)(계약전환대상) 특별약관 52
1-12. 5대골절진단비(계약전환대상) 특별약관 53
1-13. 골절(치아파절제외)부목치료비(계약전환대상) 특별약관 54
1-14. 화상진단비(계약전환대상) 특별약관 55
1-15. 중대한화상및부식진단비(계약전환대상) 특별약관 56
1-16. 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한) 특별약관 57
1-17. 일반상해입원일당(1일이상10일한도) 특별약관 59
1-18. 일반상해입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 60
1-19. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 61
1-20. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 62
1-21. 체증형 일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 63
1-22. 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 65
1-23. 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 67

1-24. 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 69
1-25. 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 72
1-26. 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 76
1-27. 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 79
1-28. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 82
1-29. 체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 85
1-30. 일반상해수술입원일당(1일이상10일한도) 특별약관 88
1-31. 일반상해수술입원일당(1일이상120일한도) 특별약관 91
1-32. 상해수술비(1~8종)(연간1회한) 특별약관 94
1-33. 상해수술비(1~8종)(연간1회한)(갱신형) 특별약관 98
1-34. 골절수술비(계약전환대상) 특별약관 102
1-35. 5대골절수술비(계약전환대상) 특별약관 104
1-36. 화상수술비(계약전환대상) 특별약관 106
1-37. 화상수술비(3도이상) 특별약관 108
1-38. 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 110
1-39. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한) 특별약관 113
1-40. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한) 특별약관 115
1-41. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간60회한) 특별약관 117
1-42. 상해통합치료비(고급형) 특별약관 119
1-43. 상해통합치료비(표준형) 특별약관 137
1-44. 상해통합치료비(실속형) 특별약관 155
1-45. 상해수술비(1~5종)Ⅲ(계약전환대상) 특별약관 173
1-46. 상해수술비(1~5종)Ⅲ(갱신형) 특별약관 175
1-47. 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 177
1-48. 일반상해수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 180
1-49. 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 184
1-50. 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관 187
1-51. 중증화상 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관 190
1-52. 창상봉합술치료비(1일 1회한, 연간3회한) 특별약관 192
1-53. 통합상해진단비 특별약관 194
1-54. 무릎인대파열및연골손상수술비 특별약관 196
1-55. 상해CT검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 198
1-56. 상해MRI검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관 200
1-57. 아킬레스힘줄손상수술비 특별약관 202
1-58. 특정외상성뇌손상진단비 특별약관 204
1-59. 특정외상성뇌출혈진단비 특별약관 205
1-60. 특정외상성장기손상진단비 특별약관 206
1-61. 골절철심제거수술비(연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관 207
1-62. 일반상해수술비(계약전환대상) 특별약관 209
1-63. 일반상해수술비(갱신형) 특별약관 211
1-64. 체증형 일반상해수술비 특별약관 213
1-65. 상해특정급여시술치료비(연간1회한) 특별약관 216
1-66. 상해 관절경검사 지원비(급여, 연간1회한) 특별약관 219
1-67. 상해주요관절손상수술치료비(급여,연간1회한) 특별약관 221
1-68. 안구특정상해진단비 특별약관 224
1-69. 특정화상처치비(급여,연간5회한) 특별약관 226

Ⅱ. 질병관련 특별약관 **228**
2-1. 질병후유장해(3~100%)(계약전환대상) 특별약관 228
2-2. 질병후유장해(3~100%)(갱신형) 특별약관 230
2-3. 질병50%이상후유장해(계약전환대상) 특별약관 232
2-4. 질병80%이상후유장해(계약전환대상) 특별약관 234
2-5. 암진단비(유사암제외)(계약전환대상) 특별약관 236
2-6. 체증형 암진단비(유사암제외) 특별약관 238
2-7. 암진단비(유사암제외)(갱신형) 특별약관 241
2-8. 암진단비(유방암및생식기암제외)(계약전환대상) 특별약관 243
2-9. 유방암및생식기암진단비(계약전환대상) 특별약관 245
2-10. 유사암진단비(계약전환대상) 특별약관 247
2-11. 유사암진단비(갱신형) 특별약관 249
2-12. 체증형 유사암진단비 특별약관 251

2-13. 11대특정암진단비 특별약관 253
2-14. 재진단암진단비(계약전환대상) 특별약관 255
2-15. 재진단암진단비(갱신형) 특별약관 260
2-16. 뇌졸중진단비(계약전환대상) 특별약관 265
2-17. 뇌혈관질환진단비(계약전환대상) 특별약관 267
2-18. 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관 269
2-19. 체증형 뇌혈관질환진단비 특별약관 271
2-20. 급성심근경색증진단비(계약전환대상) 특별약관 273
2-21. 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관 274
2-22. 허혈성심장질환진단비(계약전환대상) 특별약관 276
2-23. 체증형 허혈성심장질환진단비 특별약관 277
2-24. 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관 279
2-25. 염증성심장질환진단비(계약전환대상) 특별약관 281
2-26. 기타심장부정맥진단비 특별약관 283
2-27. 특정심장질환진단비(계약전환대상) 특별약관 285
2-28. 항암방사선·약물치료비(계약전환대상) 특별약관 287
2-29. 말기신부전증진단비(계약전환대상) 특별약관 289
2-30. 만성당뇨합병증진단비 특별약관 290
2-31. 양성뇌종양진단비(계약전환대상) 특별약관 292
2-32. 중대한재생불량성빈혈진단비(계약전환대상) 특별약관 293
2-33. 혈전용해치료비 특별약관 295
2-34. 특정감염병진단비(갱신형) 특별약관 297
2-35. 특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비(갱신형) 특별약관 298
2-36. 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 특별약관 300
2-37. 결핵진단비 특별약관 304
2-38. 천식지속상태(급성중증천식)진단비 특별약관 305
2-39. 급성신우신염진단비 특별약관 307
2-40. 건선특정치료비(연간1회한,급여) 특별약관 308
2-41. 질병입원일당(1일이상10일한도) 특별약관 310
2-42. 질병입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 312
2-43. 질병입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 314
2-44. 질병입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 316
2-45. 체증형 질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 318
2-46. 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 320
2-47. 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 323
2-48. 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 325
2-49. 체증형 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 329
2-50. 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 333
2-51. 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관 337
2-52. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 341
2-53. 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관 344
2-54. 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관 348
2-55. 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)(계약전환대상) 특별약관 351
2-56. 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 354
2-57. 허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관 356
2-58. 식중독입원일당(4일이상120일한도)(계약전환대상) 특별약관 358
2-59. 환경성질환입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 360
2-60. VDT증후군입원일당(1일이상120일한도)(계약전환대상) 특별약관 362
2-61. 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 364
2-62. 특정감염병입원일당(1일이상30일한도)(계약전환대상) 특별약관 366
2-63. 질병수술입원일당(1일이상10일한도) 특별약관 368
2-64. 질병수술입원일당(1일이상120일한도) 특별약관 372
2-65. 질병수술비(계약전환대상) 특별약관 376
2-66. 질병수술비(갱신형) 특별약관 379
2-67. 체증형 질병수술비 특별약관 382
2-68. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(계약전환대상) 특별약관 385
2-69. 체증형 질병수술비(백내장및대장용종제외) 특별약관 388
2-70. 질병수술비(1~8종)(연간1회한) 특별약관 391
2-71. 질병수술비(1~8종)(연간1회한)(갱신형) 특별약관 395
2-72. 암수술비(계약전환대상) 특별약관 399

2-73. 암수술비(갱신형) 특별약관 402
2-74. 체증형 암수술비 특별약관 405
2-75. 뇌혈관질환수술비 특별약관 408
2-76. 뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관 410
2-77. 허혈성심장질환수술비 특별약관 412
2-78. 조혈모세포이식수술비(최초1회한) 특별약관 414
2-79. 특정5대질병수술비(계약전환대상) 특별약관 416
2-80. 다발성15대질병수술비 특별약관 418
2-81. 충수염(맹장염)수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관 420
2-82. 시청각질환수술비(계약전환대상) 특별약관 422
2-83. 시청각질환수술비(갱신형) 특별약관 424
2-84. 호흡기관련질병수술비(계약전환대상) 특별약관 426
2-85. 희귀난치성질환수술비 특별약관 428
2-86. 암직접치료통원비(상급종합병원)(계약전환대상) 특별약관 430
2-87. 암직접치료통원비(상급종합병원제외) 특별약관 434
2-88. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 438
2-89. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 442
2-90. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 446
2-91. 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 449
2-92. 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 452
2-93. 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관 457
2-94. 중증갑상선암진단비 특별약관 461
2-95. 3대질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관 463
2-96. 136대질병수술비(계약전환대상) 특별약관 468
2-97. 136대질병수술비(갱신형) 특별약관 471
2-98. 대상포진진단비 특별약관 474
2-99. 대상포진눈병진단비 특별약관 475
2-100. 말기암호스피스입원치료비 특별약관 476
2-101. 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 479
2-102. 상급종합병원질병수술비(경증질환제외) 특별약관 482
2-103. 질병수술비(1~5종)Ⅲ(계약전환대상) 특별약관 485
2-104. 질병수술비(1~5종)Ⅲ(갱신형) 특별약관 487
2-105. 순환계질환수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관 489
2-106. 순환계질환 주요치료비Ⅱ 특별약관 493
2-107. 요로결석진단비 특별약관 497
2-108. 질병종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 498
2-109. 종합병원 암(유사암제외)주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관 501
2-110. 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관 507
2-111. 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한) 특별약관 513
2-112. 종합병원질병수술비(경증질환제외) 특별약관 517
2-113. 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형) 특별약관 520
2-114. 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관 525
2-115. 질병상급종합병원(1인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관 528
2-116. 질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관 531
2-117. 질병재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한) 특별약관 536
2-118. 질병재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한) 특별약관 538
2-119. 질병통합치료비(고급형) 특별약관 540
2-120. 질병통합치료비(표준형) 특별약관 549
2-121. 질병통합치료비(실속형) 특별약관 558
2-122. 통합뇌질환진단비 특별약관 567
2-123. 통합심질환진단비 특별약관 570
2-124. 통합암진단비(유사암제외) 특별약관 573
2-125. 급여 특정 항암 부작용 약제 치료비(연간1회한) 특별약관 580
2-126. 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간) 특별약관 583
2-127. 희귀질환자 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관 588
2-128. 순환계질환 주요치료 생활비(연간1회한) 특별약관 591
2-129. 순환계질환 주요치료 생활비(연간2,3,4회이상) 특별약관 595
2-130. 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간1회한) 특별약관 600
2-131. 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간2,3,4회이상) 특별약관 605
2-132. 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간1회한) 특별약관 611

2-133. 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간2,3,4회이상) 특별약관 616
2-134. 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) 특별약관 623
2-135. 결핵질환자 산정특례대상 진단비(최초1회한) 특별약관 626
2-136. 뇌전증진단비 특별약관 628
2-137. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관 629
2-138. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한,10일면책)(갱신형) 특별약관 630
2-139. 항암중입자방사선치료비(최초1회한) 특별약관 632
2-140. 질병특정급여시술치료비(연간1회한) 특별약관 635
2-141. 중증난치질환자 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관 638
2-142. 내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한) 특별약관 640
2-143. 2대중추신경계특정질환진단비 특별약관 642
2-144. 7대호흡계질환진단비 특별약관 644
2-145. 12대소화계특정질환진단비 특별약관 646
2-146. 간경변진단비 특별약관 648
2-147. 간부전진단비 특별약관 650
2-148. 간염(B,C형)진단비 특별약관 652
2-149. 급성신부전진단비 특별약관 654
2-150. 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비 특별약관 656
2-151. 외부요인폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 658
2-152. 외부요인폐질환진단비(최초1회한) 특별약관 660
2-153. 주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관 662
2-154. 주요폐질환진단비(최초1회한) 특별약관 664
2-155. 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관 666
2-156. 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관 669
2-157. 질병악안면수술비(급여,연간1회한) 특별약관 672
2-158. 크론병진단비 특별약관 675
2-159. 특정귀어지럼증진단비 특별약관 677
2-160. 특정안면마비진단비(갱신형) 특별약관 679
2-161. 특정자가면역질환진단비(갱신형) 특별약관 681
2-162. 패혈증진단비(연간1회한) 특별약관 683
2-163. 패혈증진단비(최초1회한) 특별약관 685
2-164. 편마비진단비 특별약관 687
2-165. 폐렴진단비(연간1회한) 특별약관 689
2-166. 폐렴진단비(최초1회한) 특별약관 691
2-167. 원형탈모증진단비 특별약관 693
2-168. 난청(노년난청제외)진단비 특별약관 694
2-169. 특정관절병척추염진단비 특별약관 696

Ⅲ. 상해 및 질병관련 특별약관 697
3-1. 5대장기이식수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관 697
3-2. 각막이식수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관 699
3-3. 깁스치료비 특별약관 701
3-4. 응급실내원비(응급)(계약전환대상) 특별약관 702
3-5. 보험료납입면제대상Ⅴ 특별약관 704
3-6. 상해·질병특정치료지원금(마취,수혈) 특별약관 709
3-7. 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 713
3-8. 중증질환자 심장질환 산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관 716
3-9. 추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한) 특별약관 719
3-10. 안과관련질환수술비(갱신형) 특별약관 721
3-11. 4대특정검사(생검,골수,내시경,천자) 지원비(급여, 연간1회한)(갱신형) 특별약관 724
3-12. 추간판탈출증수술비 특별약관 726
3-13. 추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비 특별약관 728
3-14. 11대중대질환응급실내원진료비(응급,연간1회한) 특별약관 730
3-15. 십자인대수술비(급여,연간1회한) 특별약관 732
3-16. 골절탈구도수정복술지원비(급여, 연간1회한) 특별약관 734
3-17. 상해및관절통증주사치료비(급여,1일1회한,연간5회한) 특별약관 736

Ⅳ. 비용손해관련 특별약관 738
4-1. 강력범죄피해(사망제외)(계약전환대상) 특별약관 738

4-2. 폭력상해보험금(계약전환대상) 특별약관 740
4-3. 의료사고법률비용손해(계약전환대상) 특별약관 741
4-4. 사이버명예훼손피해 특별약관 743
4-5. 가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 745
4-6. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 752
4-7. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 759
4-8. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관 766

Ⅴ. 어린이 · 청소년관련 특별약관 773
5-1. 다발성소아암진단비 특별약관 773
5-2. 소아백혈병진단비 특별약관 775
5-3. 심장관련소아특정질병진단비 특별약관 777
5-4. 중증세균성수막염진단비 특별약관 779
5-5. 인슐린의존당뇨병진단비 특별약관 781
5-6. 자녀10대질병수술비 특별약관 782
5-7. 소아탈장수술비 특별약관 784
5-8. 척추측만증수술비 특별약관 786
5-9. 어린이다발성손상입원일당(1일이상120일한도) 특별약관 788
5-10. 어린이다발성손상수술비 특별약관 789
5-11. 어린이·청소년생활질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 791
5-12. 어린이·청소년주요질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관 793
5-13. 어린이·청소년생활질환수술비 특별약관 795
5-14. 어린이·청소년주요질환수술비 특별약관 797
5-15. 어린이·청소년주요질환수술비(갱신형) 특별약관 799
5-16. 모야모야병개두수술비 특별약관 801
5-17. 어린이개흉심장수술비 특별약관 802
5-18. 어린이심장시술비 특별약관 804
5-19. 스쿨존교통사고보험금 특별약관 805
5-20. 유괴납치피해일당 특별약관 807
5-21. 수족구진단비(연간1회한) 특별약관 808
5-22. 기흉진단비 특별약관 810
5-23. 수두진단비 특별약관 811
5-24. 특정정신장애진단비(연간1회한) 특별약관 812
5-25. 학교폭력피해치료비 특별약관 814
5-26. 척추측만증(Cobbs각도20도이상)진단비 특별약관 817
5-27. 아동학대피해(갱신형) 특별약관 819
5-28. 아동학대피해후유장해(갱신형) 특별약관 822
5-29. 아동학대피해민사소송(갱신형) 특별약관 826
5-30. 성장기언어및행동발달특정장애진단비 특별약관 829
5-31. 성장판손상특정부위골절진단비 특별약관 831
5-32. 중증틱장애진단비 특별약관 833
5-33. 가와사키병(점막피부림프절증후군)진단비 특별약관 835
5-34. 특정안과질환진단비(최초1회한) 특별약관 837

Ⅵ. 제도성 특별약관 839
6-1. 피보험자추가 특별약관 839
6-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 840
6-3. 보험료 자동납입 특별약관 841
6-4. 대리청구인 지정 서비스 특별약관 842
6-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 844
6-6. 장애인전용보험전환 특별약관 846
6-7. 전자서명 특별약관 849
6-8. 보험소비자 민생안정 보험료 납입유예 특별약관 850
6-9. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관 855
6-10. 출산육아휴직 보험료 할인 특별약관 856

별 표
【별표1】 장해분류표 860
【별표2】 악성신생물(암) 분류표 875
【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 876

【별표4】 제자리신생물 분류표 877
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 878
【별표6】 뇌혈관질환 분류표 879
【별표7】 허혈성심장질환 분류표 880
【별표8】 중대한 특정상해 분류표 881
【별표9】 골절 분류표 882
【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 883
【별표11】 5대골절 분류표 884
【별표12】 화상 분류표 885
【별표13】 아나필락시스쇼크 분류표 886
【별표14】 심한상해 분류표 887
【별표15】 뇌 · 내장손상 분류표 888
【별표16】 유방암 및 생식기암 분류표 890
【별표17】 특정질병 분류표 891
【별표18】 11대특정암 분류표 893
【별표19】 뇌졸중 분류표 894
【별표20】 급성심근경색증 분류표 895
【별표21】 염증성심장질환 분류표 896
【별표22】 기타심장부정맥 분류표 897
【별표23】 특정심장질환 분류표 898
【별표24】 만성당뇨합병증 분류표 899
【별표25】 특정감염병 분류표 900
【별표26】 천식지속상태(급성중증천식) 분류표 901
【별표27】 급성신우신염 분류표 902
【별표28】「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 '살인의 죄' 903
【별표29】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 905
【별표30】 건선 분류표 915
【별표31】 급여 특정 광선치료 대상 수가코드 916
【별표32】 식중독 분류표 917
【별표33】 환경성질환 분류표 918
【별표34】 VDT증후군 분류표 920
【별표35】 희귀난치성질환 분류표 921
【별표36】 독감(인플루엔자) 분류표 926
【별표37】 4대질병 분류표 927
【별표38】 치핵 분류표 928
【별표39】 다발성15대질병 분류표 929
【별표40】 충수염(맹장염) 분류표 931
【별표41】 시청각질환 분류표 932
【별표42】 호흡기관련질병 분류표 933
【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표 934
【별표44】 수혈의료행위 분류표 949
【별표45】 마취의료행위 분류표 950
【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 951
【별표47】 다발성소아암 분류표 952
【별표48】 소아백혈병 분류표 953
【별표49】 인슐린의존당뇨병 분류표 954
【별표50】 특정부위 분류표 955
【별표51】 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표 957
【별표52】 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명 958
【별표53】 로봇암수술 분류표 959
【별표54】 특정 심장판막질환 및 비허혈성 심장질환 분류표 960
【별표55】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 961
【별표56】 자녀10대질병 분류표 962
【별표57】 탈장 분류표 964
【별표58】 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 965
【별표59】 갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 968
【별표60】 척추측만증 분류표 969
【별표61】 어린이다발성손상입원 분류표 970
【별표62】 어린이다발성손상수술 분류표 972
【별표63】 어린이·청소년생활질환 분류표 974

【별표64】 어린이·청소년주요질환 분류표 977
【별표65】 모야모야병 분류표 978
【별표66】 수족구 분류표 979
【별표67】 기흉 분류표 980
【별표68】 수두 및 신생아수두 분류표 981
【별표69】 특정정신장애 분류표 982
【별표70】 학교폭력피해 보호조치 분류표 983
【별표71】 척추측만증II 분류표 984
【별표72】 갑상선암 분류표 985
【별표73】 17대질병 분류표 986
【별표74】 14대질병II 분류표 987
【별표75】 26대질병 분류표 989
【별표76】 40대질병 분류표 991
【별표77】 38대질병 분류표 994
【별표78】 대상포진 분류표 996
【별표79】 대상포진눈병 분류표 997
【별표80】 1~5종수술III 분류표 998
【별표81】 골밀도검사(급여) 대상 수가코드 1004
【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 1005
【별표83】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 1012
【별표84】 고압산소 의료행위 분류표 1014
【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 1015
【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 1016
【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 1017
【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 1018
【별표89】 급여 골절철심제거술 수가코드 1019
【별표90】 특정심장질환V·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표 1020
【별표91】 요로결석 분류표 1022
【별표92】 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 1023
【별표93】 전이암 분류표 1026
【별표94】 중증외상환자 산정특례대상 분류표 1027
【별표95】 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상 분류표 1028
【별표96】 중증화상 산정특례대상 분류표 1030
【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 1031
【별표98】 통합뇌질환 분류표 1037
【별표99】 통합상해분류표 1038
【별표100】 통합심질환 분류표 1041
【별표101】 통합암(유사암제외) 분류표 1042
【별표102】 급여 특정 항구토제 분류표 1045
【별표103】 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표 1046
【별표104】 무릎인대파열 및 연골손상 분류표 1047
【별표105】 아킬레스힘줄손상 분류표 1048
【별표106】 특정 외상성 뇌손상 분류표 1049
【별표107】 특정 외상성 뇌출혈 분류표 1050
【별표108】 특정 외상성 장기손상 분류표 1051
【별표109】 결핵질환자 산정특례대상 분류표 1052
【별표110】 뇌전증 분류표 1053
【별표111】 11대중대질환 분류표 1054
【별표112】 12대소화계특정질환 분류표 1056
【별표113】 2대중추신경계특정질환 분류표 1058
【별표114】 특정5대 호흡계질환 분류표 1059
【별표115】 특정2대 호흡계질환 분류표 1060
【별표116】 가와사키병(점막피부림프절증후군) 분류표 1061
【별표117】 간경변 분류표 1062
【별표118】 간부전 분류표 1063
【별표119】 간염(B,C형) 분류표 1064
【별표120】 급여 골절탈구도수정복치료 분류표 1065
【별표121】 급성신부전 분류표 1066
【별표122】 난청(노년난청제외) 분류표 1067
【별표123】 내향성손발톱 분류표 1068

【별표124】 내향성손발톱 수술 및 처치코드 1069
【별표125】 성장기언어및행동발달특정장애 분류표 1070
【별표126】 특정부위골절 분류표 1071
【별표127】 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환) 분류표 1072
【별표128】 십자인대수술(급여) 분류표 1073
【별표129】 십자인대질환 분류표 1074
【별표130】 안구특정상해 분류표 1075
【별표131】 외부요인폐질환 분류표 1076
【별표132】 주요폐질환 분류표 1077
【별표133】 중증틱장애 분류표 1078
【별표134】 관절증 질환 분류표 1079
【별표135】 추간판탈출증 분류표 1080
【별표136】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 1081
【별표137】 크론병 분류표 1083
【별표138】 특정귀어지럼증 분류표 1084
【별표139】 녹내장(선천녹내장제외) 분류표 1085
【별표140】 중증백내장및수정체질환(선천백내장제외) 분류표 1086
【별표141】 색각결손 분류표 1087
【별표142】 악안면수술(급여) 분류표 1088
【별표143】 특정자가면역질환 분류표 1090
【별표144】 패혈증 분류표 1092
【별표145】 편마비 분류표 1093
【별표146】 폐렴 분류표 1094
【별표147】 특정화상처치(급여) 분류표 1095
【별표148】 특정화상 분류표 1096
【별표149】 특정안면마비 분류표 1097
【별표150】 급여 특정생검 분류표 1098
【별표151】 급여 골수검사 분류표 1099
【별표152】 급여 특정내시경 분류표 1100
【별표153】 급여 특정천자 분류표 1101
【별표154】 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상 분류표 1102
【별표155】 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상 분류표 1104
【별표156】 원형탈모증 분류표 1105
【별표157】 주요관절손상 분류표 1106
【별표158】 급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표 1108
【별표159】 희귀질환자 산정특례대상 분류표 1110
【별표160】 중증난치질환자 산정특례대상 분류표 1126
【별표161】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표 1132
【별표162】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표 1135
【별표163】 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표 1141
【별표164】 안과질환 분류표 1142
【별표165】 관절통증주사치료(급여) 대상 수가코드 1143
【별표166】 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표 1144
【별표167】 특정관절병척추염 분류표 1145

무배당 하나더스타트 어린이보험
1·2종 보통약관
일반상해80%이상후유장해(계약전환 대상)

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 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 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 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   - 나. 장해: 【별표1】『장해분류표』에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
   - 다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정』에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.



【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를
원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때
- 1년 후 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원
- 2년 후 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원



【평균공시이율】

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

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 상해로 “장해분류표”(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 계약의 보험가입금액을 일반상해80%이상 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, “장해분류표”에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ “장해분류표”에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 “장해분류표”의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, “장해분류표”의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 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, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, “장해분류표”의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, “장해분류표”의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

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



【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리 거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다. 또한 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험기간 연장사유가 발생한 경우에도 보험기간을 연장합니다.)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때 또는 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제 또는 보험기간 연장을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 또는 보험기간 연장 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험금 등의 지급절차)

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

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



【보험금 가지급제도】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 제42조(분쟁의 조정)에 따르며, 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표55】『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 제17조(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 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(공시이율의 적용 및 공시)【1종(표준형)에 한함】

① 이 계약의 기본계약 적립부분 계약자적립액 계산시 적용되는 이율은 매월1일 회사가 정한 보장성공시이율3(이하 '공시이율'이라 합니다)로 합니다. 단, 공시이율의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%로 합니다.

② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제10조(만기환급금의 지급)【1종(표준형)에 한함】

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 만기환급금은 적립순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제28조(보험료의 납입면제)의 제2항에 따라 적립보험료 납입을 중지하는 경우에는 제1항의 만기환급금은 납입중지 이전까지 계약자가 실제 납입한 적립보험료를 기준으로 계산합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

⑤ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표55] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

제11조(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 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.



예) 보험금: 3천만원, 보험금 지급일자: 2026년 8월 10일
보험금을 일시에 받지않고 3년 동안 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급금액
2026년 8월 10일	1천만원
2027년 8월 10일	1천만원×(평균공시이율)[1]
2028년 8월 10일	1천만원×(평균공시이율)[2]

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

제12조(주소변경통지)

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

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

제13조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 밖의 보험금은 피보험자로 합니다.



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

제14조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.



【연대】
2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 「상법」 상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.



【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제16조(계약 후 알릴 의무)

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

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



[직업]

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

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지 (우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리 (환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

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

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



【비례보상에 대한 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가하였으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경 전 보험료를 계속 납입하던 중 일반상해80%이상후유장해에 대한 보험금 지급사유가 발생한 경우

예시) 직업급수가 1급에서 2급으로 변경된 경우
일반상해80%이상후유장해 보험가입금액 : 1천만원
일반상해80%이상후유장해 변경전 요율(1급) : 0.4
일반상해80%이상후유장해 변경후 요율(2급) : 0.8
→ 고객이 수령하는 일반상해80%이상후유장해 보험금 : 1천만원 × (0.4 ÷ 0.8) = 500만원

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

제17조(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 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 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 최초 계약해당일을 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 고

지하는 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 제37조(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 제16조(계약 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 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

① 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(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 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 계약에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 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.



【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말합니다.

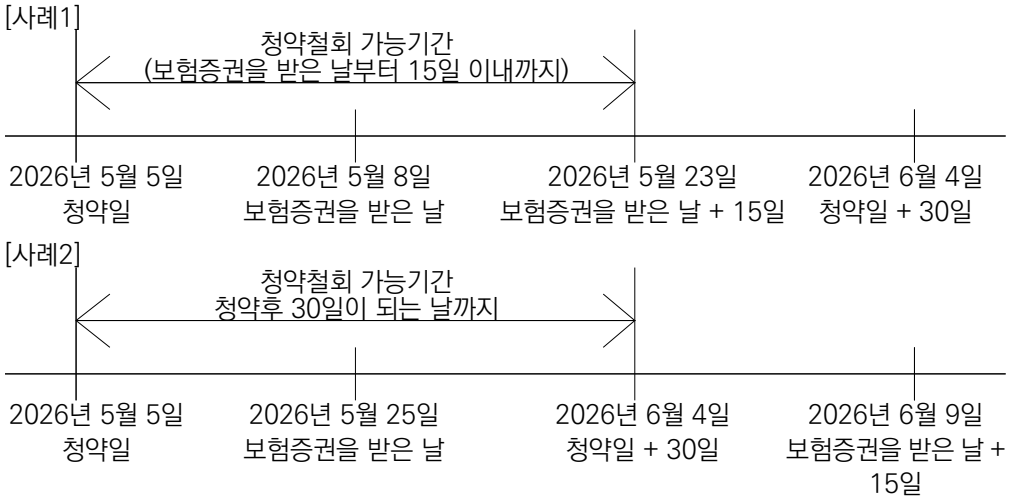
【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 한다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



【청약철회 가능기간】



일반적으로 일반금융소비자인 계약자는 [사례1]의 경우처럼 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 그러나, [사례2]의 경우처럼 보험증권을 받은 날부터 15일(2026년 6월 9일)이 청약한 날부터 30일(2026년 6월 4일)을 초과하는 경우 청약철회 가능기간은 2026년 6월 4일까지로 합니다.

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

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

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

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

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

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

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



【약관의 중요한 내용】

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 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 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.



【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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 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. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.



【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.

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.

제23조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만 2종(해약환급금미지급형Ⅱ)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

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



【유의사항】

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

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

⑦ 제1항의 규정에 따라 보험료를 감액하는 등 계약내용이 변경되는 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 계약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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



【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1994년 10월 2일

예1) 계 약 일 : 2026년 3월 13일

2026년 3월 13일
− 1994년 10월 2일
31년 5월 11일 = 31세

예2) 계 약 일 : 2026년 4월 13일

2026년 4월 13일
− 1994년 10월 2일
31년 6월 11일 = 32세

【계약해당일 계산】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2026년 4월 13일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 13일

단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

제25조(계약의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 일반상해80%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때부터 이 보장은 소멸되며, 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 계약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 계약은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.



【계약자적립액】

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

③ 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 계약이 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 계약이 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. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)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.

제27조(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.

제28조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 피보험자가 제8관(계약전환)에 따라 계약전환을 신청하여 보험기간 종료시점에서 보험계약이 전환된 경우, 해당 보험계약 전환 이후 발생한 보험사고에 대해서는 납입면제를 적용하지 않습니다.

1. 상해로 “장해분류표”(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 ‘일반상해50%이상후유장해’라 합니다)가 되었을 경우
2. 진단확정된 질병으로 “장해분류표”(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 ‘질병50%이상후유장해’라 합니다)가 되었을 경우
3. 제28-1조(“암(유사암 제외)”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암(유사암 제외)”으로 진단 확정 되었을 경우
4. 제28-3조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단 확정 되었을 경우
5. 제28-4조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단 확정 되었을 경우
6. 제28-5조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “양성뇌종양”으로 진단 확정 되었을 경우
7. 제28-6조(“중대한재생불량성빈혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중대한재생불량성빈혈”으로 진단 확정 되었을 경우
8. 상해의 직접결과로써 ‘뇌손상’ 또는 ‘내장손상’을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 목적으로 개두(開頭)수술’, ‘개흉(開胸)수술’ 또는 ‘개복(開腹)수술’(이하 ‘중대한특정상해수술’이라 합니다.)을 받은 경우
9. 제28-9조(“중대한 화상및부식”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중대한화상및부식”으로 진단 확정 되었을 경우

② 회사는 제1항에 따라 피보험자의 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

④ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 갱신형 특별약관의 경우 납입면제 규정을 적용하지 않으며, 납입면제 사유 발생 여부와 관계없이 갱신계약의 보험료는 계속 납입하여야 합니다

제28-1조("암(유사암제외)"의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 "암(유사암 제외)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 제28-2조("유사암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "유사암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② "암(유사암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(유사암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

제28-2조("유사암"의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 "유사암"이라 함은 제2항에서 정한 "기타피부암", 제3항에서 정한 "갑상선암", 제4항에서 정한 "제자리암", 제5항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

② 이 계약에서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.



【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.



【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제28-3조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “뇌혈관질환”(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

제28-4조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 “허혈성심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “허혈성심장질환”(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “허혈성심장질환”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 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 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 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

제28-5조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두 개내(머리 내)의 종양을 포함합니다. 단, “양성뇌종양”은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

② “양성뇌종양”의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “양성뇌종양”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제28-6조(“중대한재생불량성빈혈”의 정의 및 진단확정)

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

② 제1항에서 “영구적인 재생불량성 빈혈”이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/mm^3미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 두가지 이상에 해당되는 것을 말합니다. 단, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외됩니다.

1. 호중구 수가 500/mm^3미만
2. 혈소판 수가 20,000/mm^3미만
3. 망상적혈구 수가 20,000/mm^3미만

③ “중대한 재생불량성빈혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “중대한 재생불량성빈혈”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제28-7조(“뇌손상”등의 정의)

① 이 계약에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표8】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 이 계약에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표8】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

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

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

제28-8조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 계약에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제28-9조(“중대한 화상및부식”등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 “9의 법칙(Rule of 9's)”또는 “룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)”에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, “9의 법칙” 또는 “룬드와 브라우더 신체 표면적 차트” 측정법처럼

표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

① 회사가 제19조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였을 경우 보장이 제외되는 질병으로 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 내지 제9호의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우 최초 계약의 보장개시일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진은 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 계약에 따라 보험료 납입면제를 적용합니다.

③ 제2항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제28조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 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, 정신병원, 종합병원

제29-1조("일반상해50%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정)

① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

제29-2조("질병50%이상후유장해" 관한 납입면제 세부규정)

① 제28조(보험료의 납입면제)제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그

에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 계약에서 보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

제30조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

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

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일 부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출 납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려드립니다.



【자동대출납입】

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

제31조(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)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 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 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



【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

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율 + 1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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



【강제집행】

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

【담보권실행】

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

【국세 및 지방세 체납처분 절차】

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.
법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(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 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.



【유의사항】
계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제36조(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 제37조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

보험계약 구분
1종 : 표준형
2종 : 해약환급금미지급형Ⅱ

① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 단, 해약환급금미지급형Ⅱ(2종)은 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표55】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 제40조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.



【해약환급금 관련 유의사항】

1. 해약환급금미지급형Ⅱ(2종)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형(1종)보다 일반적으로 저렴하게 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 표준형(1종) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
2. 1.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형(1종)의 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 회사는 해약환급금미지급형Ⅱ(2종) 가입 시 표준형(1종)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

⑥ 1항에도 불구하고 해약환급금미지급형Ⅱ(2종) 중 아래의 보장 특별약관은 계약이 해지되는 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

구분	특별약관
갱신형 특별약관	- 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) - 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) - 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) - 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) - 뇌혈관질환진단비(갱신형) - 일반상해수술비(갱신형) - 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) - 암수술비(갱신형) - 암진단비(유사암제외)(갱신형) - 유사암진단비(갱신형) - 질병수술비(갱신형) - 질병입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) - 질병후유장해(3~100%)(갱신형) - 재진단암진단비(갱신형) - 특정감염병진단비(갱신형) - 환경성질환입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) - 특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비(갱신형) - 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) - 136대질병수술비(갱신형) - 4대특정검사(생검,골수,내시경,천자)지원비(급여,연간1회한)(갱신형) - 뇌혈관질환수술비(갱신형) - 상해수술비(1~8종,연간1회한)(갱신형) - 질병수술비(1~8종,연간1회한)(갱신형) - 상해수술비(1~5종)Ⅲ(갱신형) - 질병수술비(1~5종)Ⅲ(갱신형) - 시청각질환수술비(갱신형) - 안과관련질환수술비(갱신형) - 중증질환자뇌혈관질환산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형) - 중증질환자심장질환산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형) - 특정안면마비진단비(갱신형) - 특정자가면역질환진단비(갱신형) - 골절철심제거수술비(연간1회한,급여)(갱신형) - 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) - 급성심근경색증진단비(갱신형) - 허혈성심장질환진단비(갱신형) - 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한,10일면책)(갱신형) - 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) - 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) - 가족일상생활중배상책임(누수제외)(대물20만원공제)(갱신형) - 가족일상생활중배상책임(누수포함)(누수50만원,대물20만원공제)(갱신형) - 가족일상생활중배상책임(누수포함)(누수100만원,대물20만원공제)(갱신형) - 가족일상생활중배상책임(누수포함)(누수200만원,대물20만원공제)(갱신형) - 아동학대피해(갱신형) - 아동학대피해후유장해(갱신형) - 아동학대피해민사소송(갱신형) - 어린이·청소년주요질환수술비(갱신형)

일반보장	- 급성신우신염진단비 - 7대호흡계질환진단비 - 패혈증진단비(연간1회한) - 패혈증진단비(최초1회한) - 폐렴진단비(연간1회한) - 골절탈구도수정복술지원비(급여,연간1회한) - 인슐린의존당뇨병진단비 - 천식지속상태(급성중증천식)진단비
어린이 청소년 관련 특별약관	- 어린이심장시술비 - 중증세균성수막염진단비 - 소아탈장수술비 - 자녀10대질병수술비 - 어린이·청소년생활질환입원일당(4일이상120일한도) - 심장관련소아특정질병진단비 - 수족구진단비(연간1회한) - 가와사키병(점막피부림프절증후군)진단비 - 중증틱장애진단비 - 특정안과질환진단비(최초1회한) - 성장판손상특정부위골절진단비

제38조(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 제31조(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.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제40조(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 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 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 제37조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제7관 보험계약의 자동갱신 등(갱신형 특별약관에 한함)

제41조(적용범위)

이 관에서 정한 내용은 이 계약의 갱신형 특별약관의 경우에만 적용됩니다.

제42조(계약의 자동갱신)

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다.)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 합니다. 다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만일 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장 보험기간으로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 제5항에 따라 약관이 변경된 경우, 회사는 보험기간이 끝나기 15일 전까지 중요사항 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.

⑦ 제6항에 따라 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

⑨ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

제43조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 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 계약을 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 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제44조(적용범위)

① 이 관에서 정한 내용은 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 30세만기로 체결되어 있는 유효한 보험계약(이하 '최초계약'이라 합니다.)의 보험계약자가 제45조(계약전환 운영)에서 정한 안내를 받고 보험계약의 보험기간 종료일 이전까지 계약전환을 신청한 경우에 한하여, 보험계약을 보험기간 종료시점에서 100세만기 보험계약(단, 일부 특별약관의 경우 80세만기 보험계약으로 전환하는 경우에 적용합니다)으로 전환하는 경우에 적용합니다. (이하 이미 체결되어 있는 유효한 보험계약은 '전환전 계약', 보험기간 종료시점에서 100세만기(일부특별약관의 경우 80세만기)으로 전환하는 보험계약은 '전환후 계약'이라 합니다)

② 제1항에 따라 전환전 계약에서 전환후 계약으로 전환하는 경우 가입할 수 있는 보통약관 및 특별약관은 다음과 같습니다. 단, 전환전 계약에 유효한 보통약관 및 특별약관에 한합니다.

계약전환 가능 대상 보통약관 및 특별약관	
일반상해80%이상후유장해(계약전환대상)	일반상해수술비(계약전환대상)
136대질병수술비(계약전환대상)	일반상해수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)(계약전환대상)
5대골절수술비(계약전환대상)	
5대골절진단비(계약전환대상)	일반상해입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)
5대장기이식수술비(최초1회한)(계약전환대상)	일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)
VDT증후군입원일당(1일이상120일한도)(계약전환대상)	
각막이식수술비(최초1회한)(계약전환대상)	일반상해후유장해(20~100%)(계약전환대상)
강력범죄피해(사망제외)(계약전환대상)	일반상해후유장해(3~100%)(계약전환대상)
골절(치아파절제외)부목치료비(계약전환대상)	자전거탑승중상해후유장해(3~100%)(계약전환대상)
골절수술비(계약전환대상)	재진단암진단비(계약전환대상)
골절진단비(치아파절제외)(계약전환대상)	중대한재생불량성빈혈진단비(계약전환대상)
골절진단비(치아파절포함)(계약전환대상)	중대한특정상해수술비(최초1회한)(계약전환대상)
급성심근경색증진단비(계약전환대상)	중대한화상및부식진단비(계약전환대상)
뇌·내장손상수술비(계약전환대상)	질병50%이상후유장해(계약전환대상)
뇌졸중진단비(계약전환대상)	질병80%이상후유장해(계약전환대상)
뇌혈관질환진단비(계약전환대상)	질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)
말기신부전증진단비(계약전환대상)	
상해수술비(1~5종)Ⅲ(계약전환대상)	질병수술비(1~5종)Ⅲ(계약전환대상)
상해흉터성형수술비(계약전환대상)	질병수술비(백내장및대장용종제외)(계약전환대상)
시청각질환수술비(계약전환대상)	질병수술비(계약전환대상)
식중독입원일당(4일이상120일한도)(계약전환대상)	질병입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)
심한상해수술비(계약전환대상)	질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상)
암수술비(계약전환대상)	
암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)(계약전환대상)	의료사고법률비용손해(계약전환대상)
암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(계약전환대상)	질병후유장해(3~100%)(계약전환대상)
	충수염(맹장염)수술비(최초1회한)(계약전환대상)
암직접치료통원비(상급종합병원)(계약전환대상)	특정5대질병수술비(계약전환대상)
암진단비(유사암제외)(계약전환대상)	특정감염병입원일당(1일이상30일한도)(계약전환대상)
암진단비(유방암및생식기암제외)(계약전환대상)	특정심장질환진단비(계약전환대상)
양성뇌종양진단비(계약전환대상)	폭력상해보험금(계약전환대상)
염증성심장질환진단비(계약전환대상)	항암방사선·약물치료비(계약전환대상)
유방암및생식기암진단비(계약전환대상)	허혈성심장질환진단비(계약전환대상)
유사암진단비(계약전환대상)	호흡기관련질병수술비(계약전환대상)
응급실내원비(응급)(계약전환대상)	화상수술비(계약전환대상)
일반상해50%이상후유장해(계약전환대상)	화상진단비(계약전환대상)

③ 전환후 계약의 보험금의 지급사유는 전환전 계약에서 정의한 보험금의 지급사유와 동일하게 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고, 제28조(보험료의 납입면제)의 보험료의 납입면제 사유가 발생할 경우, 전환전계약의 보험기간 종료시점에 보험계약 전환을 신청할 수 없습니다.

제45조(계약전환 운영)

① 회사는 전환전 계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지 계약전환에 관한 사항을 서면,전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 회사는 계약전환 대상의 계약자가 최초계약 보험기간 만기일의 전일까지 계약전환을 신청한 경우 최초계약 만기시점에 피보험자 또는 보험계약자의 의사에 따라 해당 계약의 계약전환 가능 대상 보통약관 및 특별약관 중 선택하

여 전환가능합니다.

③ 제47조(전환후 계약의 보험료 납입)에 따라, 보험계약자(피보험자)는 계약전환시 선택한 보험료 납입기간 , 보험료 납입주기 등에 따라 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 전환 당시의 가입조건 및 인수기준에 따라 계약전환이 제한되거나 거절될 수 있습니다.

제46조(전환후 계약의 체결)

계약자는 제44조(적용범위)에서 정한 절차에 따라 계약전환을 신청할 수 있으며, 계약전환시 전환후 계약의 보장개시일은 전환전 계약의 보험기간 종료일로 합니다.

제47조(전환후 계약의 보험료 납입)

① 전환후 계약의 보험료는 전환전 계약 최초 가입 당시의 보험요율을 적용합니다.

② 전환후 계약의 보험료는 전환전 계약의 보험료 등에 관계없이 계약전환의 청약시 선택한전환후 계약의 보험료 납입기간, 보험료 납입주기 등에 따라 납입하여야 합니다.

③ 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약전환후 특별약관은 전환전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 전환시 선택한 만기전환후 특별약관의 보험료 납입기간, 보험료 납입주기 등에 따라 납입하여야 합니다.

④ 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)에도 불구하고 계약전환후 특별약관은 전환후 발생한 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

제48조(전환후 계약 약관의 준용)

① 이 관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환후 계약의 약관규정을 따릅니다.

② 이 관에서 정한 사항과 전환후 계약의 약관에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 관에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

제9관 분쟁의 조정 등

제49조(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.

제50조(관할법원)

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

제51조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.



【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2026년 4월 1일에 발생하였음에도 2029년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제52조(약관의 해석)

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제53조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

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



【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제54조(회사의 손해배상책임)

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

② 회사는 보험금 지급거절 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.

제55조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제56조(준거법)

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

제57조(예금보험에 의한 지급보장)

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



【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험상품은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

무배당 하나더스타트 어린이보험
특별약관

1-1. 대중교통이용중교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통상해로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는"장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 대중교통이용중교통상해후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「대중교통상해」라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 아래의 사고(이하 「대중교통사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자가 탑승 중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기 중 일어난 교통사고

③ 제2항의 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 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 【별표1】 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 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.



【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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 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 동일 부위에 또다

시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 사고
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 사고
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 사고

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-2. 심한상해수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써"심한상해 분류표"(【별표14】 심한상해 분류표)에서 정하는 심한 상해로 진단확정되고 그 심한상해의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 심한상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 심한상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의심한상해수술비만 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-3. 중대한특정상해수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("뇌손상"등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표8】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표8】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

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

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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-4. 상해흉터성형수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우에는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 아래의 금액을 상해흉터성형수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
상해흉터성형수술시	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

② 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

③ 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 ㎝는 최장 직경으로 합니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("안면부" 등의 정의)

이 특별약관에 있어서 "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-5. 뇌·내장손상수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 중대한 뇌·내장손상수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 뇌내장손상수술비 만을 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)을 따릅니다.

제4조("뇌손상"등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표15】 뇌 · 내장손상 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표15】 뇌 · 내장손상 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

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

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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-6. 자전거탑승중상해후유장해(3~100%)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자전거 탑승 중 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 자전거탑승중상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "자전거 탑승 중"이라 함은 자전거를 운전 중이거나, 운행 중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.

③ 제2항에서 "자전거"라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 보통약관의 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안 발생된 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 사고
3. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-7. 일반상해후유장해(3~100%)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-8. 일반상해후유장해(20~100%)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(20~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-9. 일반상해50%이상후유장해(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해50%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "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 "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해50%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규

정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-10. 골절진단비(치아파절포함)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표9】『골절 분류표』에서 정하는 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절포함)를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-11. 골절진단비(치아파절제외)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표10】『골절(치아파절제외) 분류표』에서 정하는 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절제외)를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-12. 5대골절진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표11】『5대골절 분류표』에서 정하는 5대골절로 진단 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-13. 골절(치아파절제외)부목치료비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 부목치료를 받는 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)부목치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절상태가 발생하여 부목치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)부목치료비를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)을 따릅니다.

제4조("부목치료"의 정의)

이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

【유의사항】

'부목(Splint)치료'라 함은 '골절(치아파절 제외)'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여.비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는T6151~T6155의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-14. 화상진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 “화상 분류표”(【별표12】 화상 분류표 참조)에서 정하는 화상으로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “화상”이라 함은 “화상 분류표”에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-15. 중대한화상및부식진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)(이하 "중대한 화상 및 부식"이라 합니다)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 중대한화상및부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("중대한 화상 및 부식"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 "9의 법칙(Rule of 9's)"또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)"에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중대한화상및부식진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

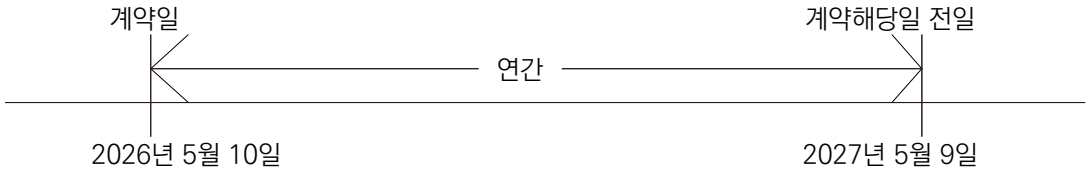
1-16. 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아나필락시스쇼크로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아나필락시스쇼크진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 사망하여 그 후 아나필락시스쇼크를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보아 아나필락시스쇼크 진단보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("아나필락시스쇼크"의 정의)

① 이 특별약관에서 "아나필락시스쇼크"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "아나필락시스쇼크"(【별표13】 아나필락시스쇼크 분류표 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

【용어해설】

아나필락시스쇼크는 외부에서 들어온 물질에 대해 급격하게매우 심각하고 전신적으로 나타나는 면역반응으로, 호흡 곤란이나 혈압 저하, 의식 저하 등이 발생할 수 있으며, 적절한 치료를 시행하지 않을 경우 사망에 이르기도 합니다.

②"아나필락시스쇼크"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 "아나필락시스쇼크"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【유의사항】

피보험자가 아나필락시스쇼크로 진단되지 않은 상태에서 해당 상병이 의심되거나 추정적인 진단으로는 보장되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-17. 일반상해입원일당(1일이상10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 10일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 10일 한도로 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-18. 일반상해입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-19. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-20. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-21. 체증형 일반상해입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 체증형 일반상해입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
체증형 일반상해입원일당 (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 일반상해입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

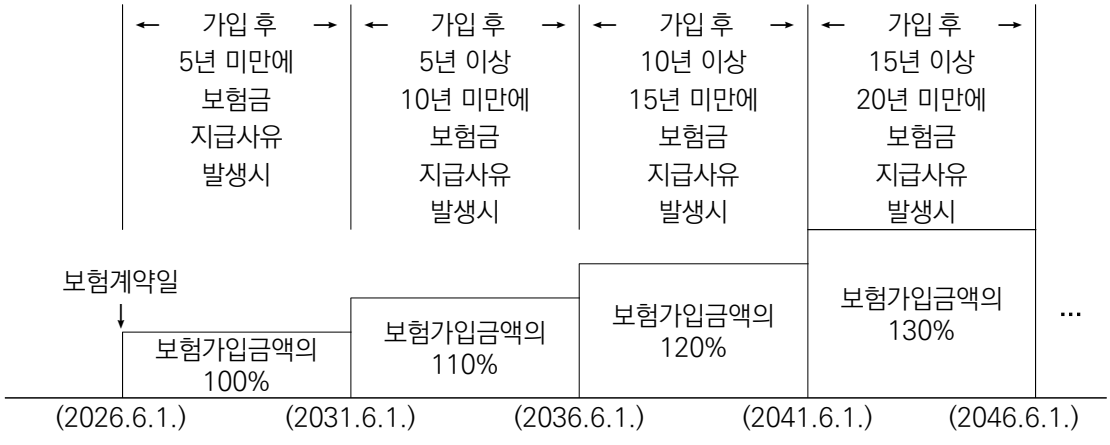
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-22. 일반상해상급종합병원입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해상급종합병원입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해상급종합병원입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 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.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해상급종합병원입원일당을 계속 지급합니다.

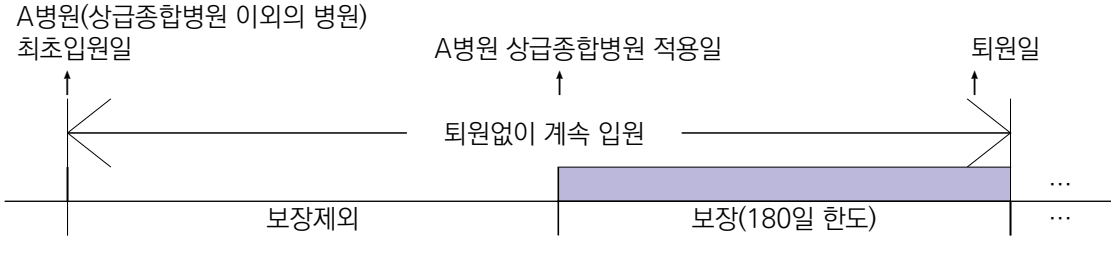
③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 일반상해상급종합병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원"에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 "상급종합병원 이외의 병원"으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일 까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일 부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

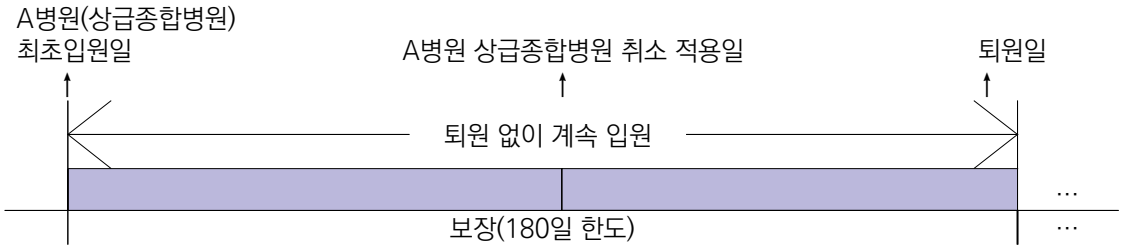
〈보상예시〉
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑦ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경

우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



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 상급종합병원 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("입원"의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-23. 일반상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 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 의사 당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 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 입원환자 수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 일반상해중환자실입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-24. 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 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.

【보험금 지급 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 2026년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2026년 6월 10일 ~ 6월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2026년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 24일 오후, 6월 25일 오후 ~ 6월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원 (1일당 평균 7만원 미만에 해당)
  ⇒ 2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-25. 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 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.

【보험금 지급 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 2026년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2026년 6월 10일 ~ 6월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2026년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 24일 오후, 6월 25일 오후 ~ 6월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원 (1일당 평균 7만원 미만에 해당)
  ⇒ 2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해입원일당(요양병원 제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)를 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)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.

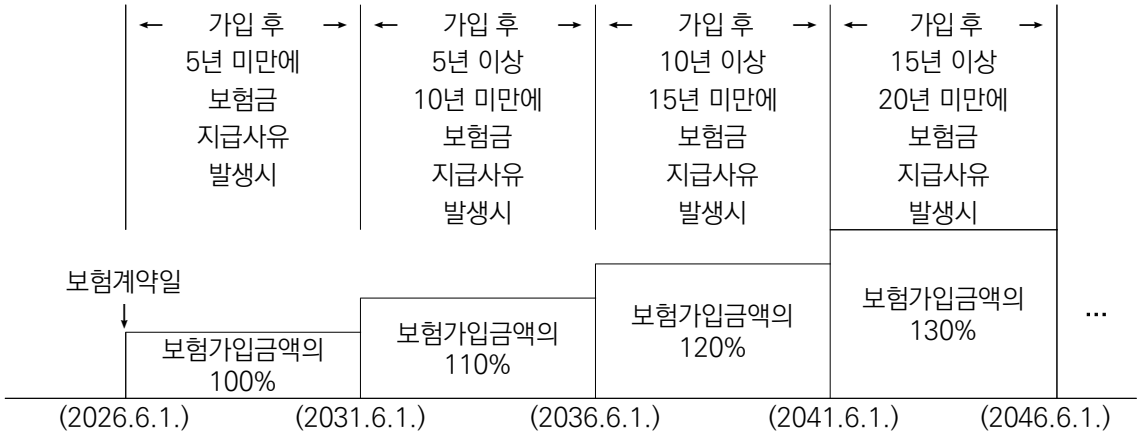
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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, 정신병원, 종합병원

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일
· 1일당 평균 7만원 이상 해당시



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)는 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확

인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-26. 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(“간병인”의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“간병인”의 정의)

① 이 특별약관에서 “간병인”이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동

지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인

방법 포함)

4. 제5조(“간병인”의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-27. 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
체증형 간병인사용 상해입원일당 (요양병원)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)를 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

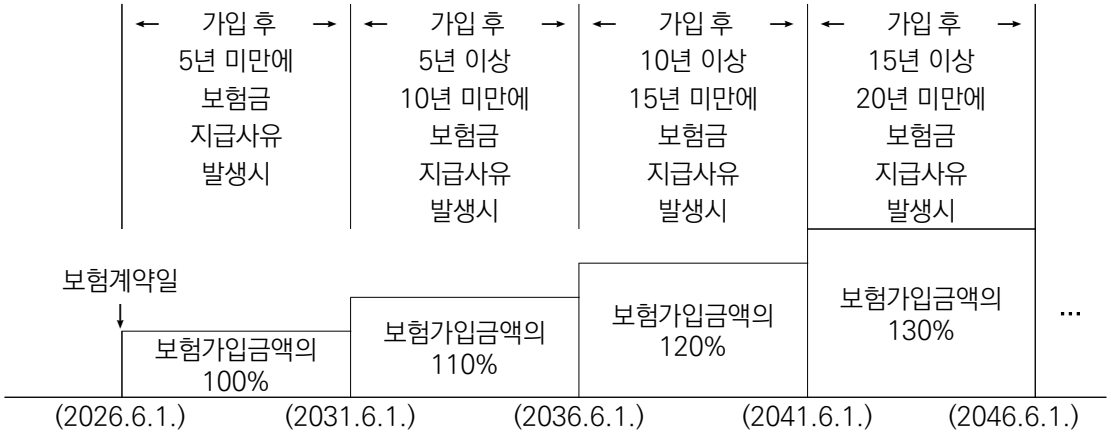
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 체증형 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)는 지급하지 않습니다.

③ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-28. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-29. 체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당 (요양병원제외)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)를 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

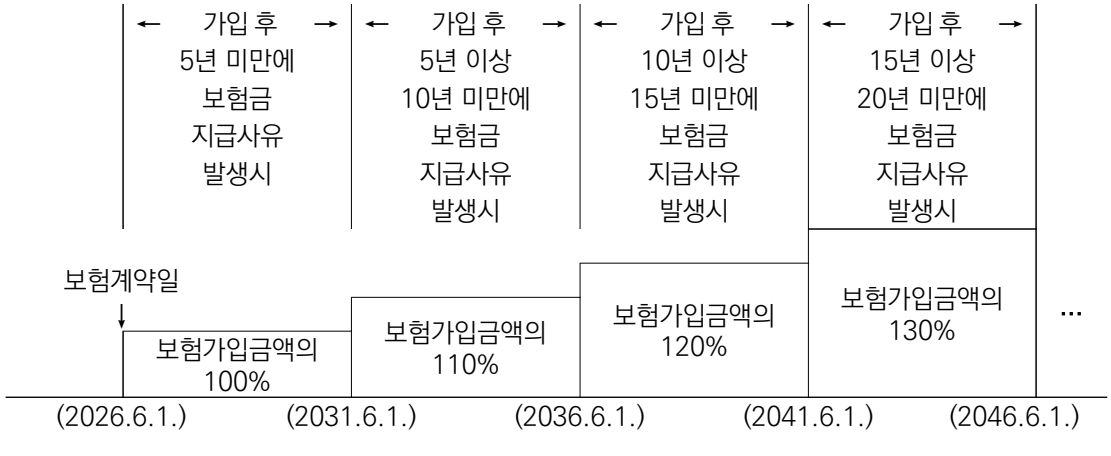
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 제4조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-30. 일반상해수술입원일당(1일이상10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일 부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 10일을 한도로 합니다.

1. 상해의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 수술이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 수술입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 수술입원 한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

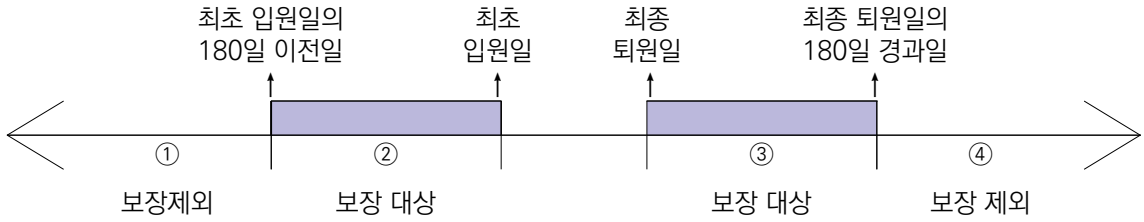
② 피보험자가 보장개시일 이후 수술입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 10일 한도로 일반상해수술입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해수술입원일당을 제1항 내지 제3항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내

〈보상예시〉
수술이 입원기간 동안 시행되지 않을 경우 보상 기준



① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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, 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(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 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

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-31. 일반상해수술입원일당(1일이상120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일 부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해수술입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

1. 상해의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 수술입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 수술입원 한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

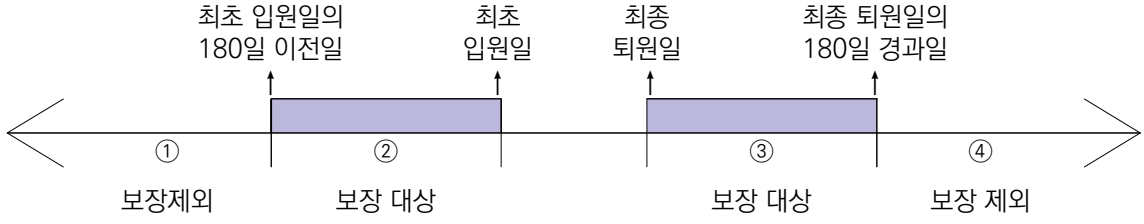
② 피보험자가 보장개시일 이후 수술입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 일반상해수술입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해수술입원일당을 제1항 내지 제3항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일이내

〈보상예시〉
수술이 입원기간 동안 시행되지 않을 경우 보상 기준



① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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, 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(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 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

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-32. 상해수술비(1~8종)(연간1회한) 특별약관

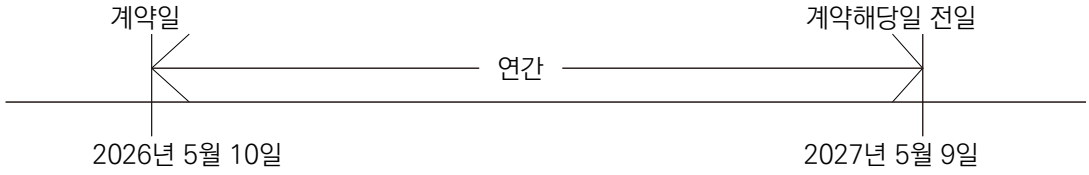
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 상해 1~8종 수술비(시술포함)(이하 「상해 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)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.

수술종류	지급금액
1종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(1종)의 보험가입금액
2종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(2종)의 보험가입금액
3종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(3종)의 보험가입금액
4종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(4종)의 보험가입금액
5종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(5종)의 보험가입금액
6종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(6종)의 보험가입금액
7종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(7종)의 보험가입금액
8종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(8종)의 보험가입금액

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

【연간에 대한 예시】



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【유의사항】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 【별표43】 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 상해 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단

서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제4조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시안내 】

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 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

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

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

③ 회사는 【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제4조 (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 【별표43】『1~8종 수술 및 시술 분류표』에서 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 「의료

급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【KDRG(Korean Diagnosis Related Group)】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「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 【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 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 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

> **【급여수가코드】**
> 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-33. 상해수술비(1~8종)(연간1회한)(갱신형) 특별약관

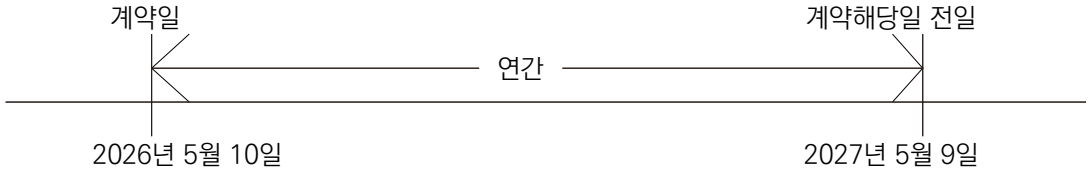
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접 결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 상해 1~8종 수술비(시술포함)(이하 「상해 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)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.

수술종류	지급금액
1종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(1종)의 보험가입금액
2종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(2종)의 보험가입금액
3종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(3종)의 보험가입금액
4종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(4종)의 보험가입금액
5종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(5종)의 보험가입금액
6종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(6종)의 보험가입금액
7종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(7종)의 보험가입금액
8종	상해수술비(1~8종)(연간1회한)(8종)의 보험가입금액

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

【연간에 대한 예시】



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

【유의사항】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 【별표43】 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 상해 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단

서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제4조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시안내 】

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 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

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

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

③ 회사는 【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제4조 (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 【별표43】 『1~8종 수술 및 시술 분류표』에서 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 「의료

급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【KDRG(Korean Diagnosis Related Group)】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「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 【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 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 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

> **【급여수가코드】**
> 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-34. 골절수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표9】『골절 분류표』에서 정하는 골절로 진단확정 되고 그 골절의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-35. 5대골절수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표11】『5대골절 분류표』에서 정하는 5대골절로 진단 확정되고 그 5대골절의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-36. 화상수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표12】『화상 분류표』에서 정하는 화상으로 진단확정 되고 그 화상의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "화상"이라 함은 "화상 분류표"에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되는 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-37. 화상수술비(3도이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표12】『화상 분류표』에서 정하는 3도 이상 화상으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비(3도이상)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "3도 이상 화상"이라 함은 "화상 분류표"에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하는 상병으로 3도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 3도 이상 화상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비(3도이상)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-38. 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원(2-3인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 병실(2-3인실)에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원 병실(2-3인실)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당을 계속 지급합니다.

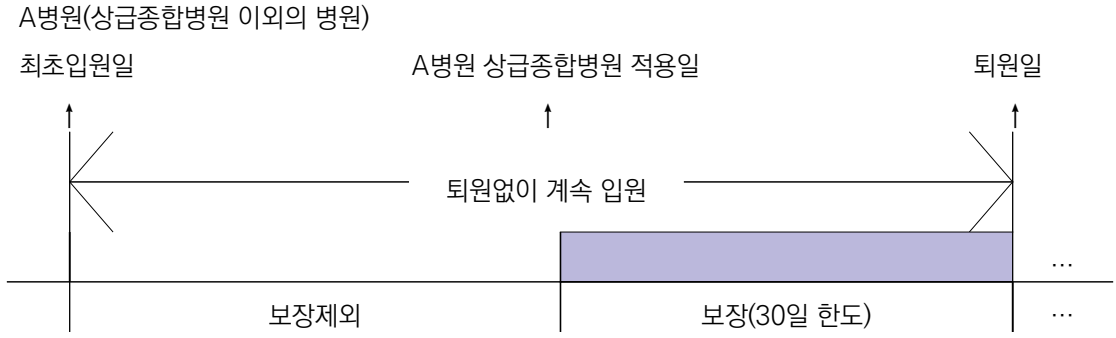
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 "상급종합병원병실 이외의 병실(2-3인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실에 입원하여 치료를 받던 중 "상급종합병원 병실이외의 병실"로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원병실(2-3인실)의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

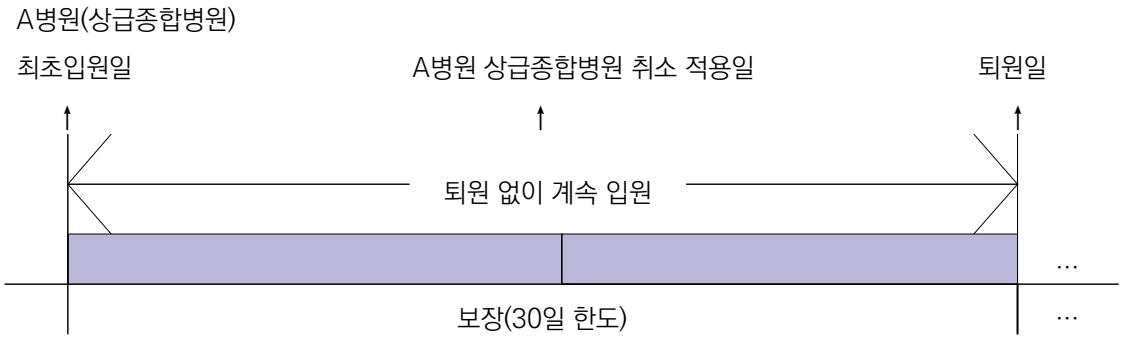
⑦ 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원의 병실(2-3인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일 부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 이외의 병원의 병실(2-3인실) 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원(2-3인실) 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("입원"의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-39. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

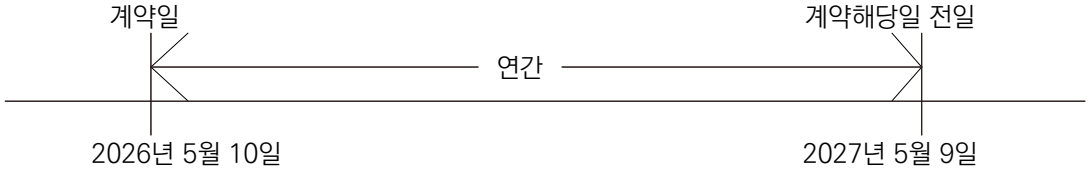
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "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 “입원 상해재활치료(급여)”와 “통원 상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“상해재활치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “상해재활치료(급여)”라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 재활치료비(급여)” 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 “상해 재활치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 “상해 재활치료(급여)”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제4조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조

(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-40. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

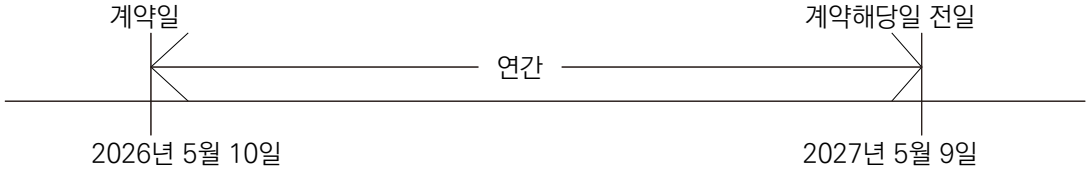
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "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 “입원 상해재활치료(급여)”와 “통원 상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 30회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“상해재활치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “상해재활치료(급여)”라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 재활치료비(급여)” 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 “상해 재활치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 “상해 재활치료(급여)”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제4조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조

(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-41. 상해재활치료비(급여,1일1회한,연간60회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

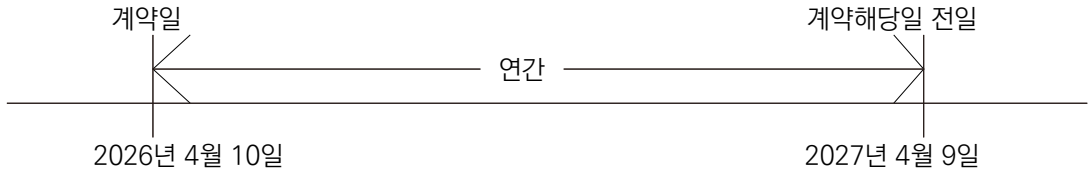
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해재활치료비(급여, 1일1회한, 연간60회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "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 「입원 상해재활치료(급여)」와 「통원 상해재활치료(급여)」를 합산하여 연간 60회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상해재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해 재활치료비(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 「상해 재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제4조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념

하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-42. 상해통합치료비(고급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("중증외상치료(권역외상센터)"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

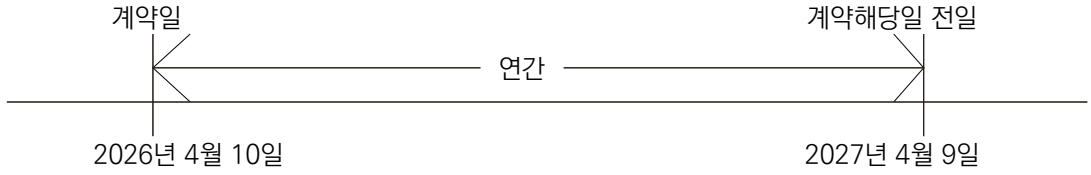
⑥ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(재활치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
검사	상해 MRI검사(급여)	연간1회한	10만원
	상해 CT검사(급여)	연간1회한	10만원
	상해 골밀도검사(급여)	연간1회한	5만원
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	20만원
	상해 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	2만원
	창상봉합술(급여)	연간3회한 (1일1회한)	50만원
	깁스치료	1사고당	30만원
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)	1사고당	10만원
	상해특정마취치료(정맥,급여)	연간3회한	30만원
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)	연간3회한	30만원
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)	연간3회한	30만원
	특정상해흉터성형수술	1사고당 500만원한도	안면부: 1cm당 14만원 상·하지: 1cm당 7만원(3cm이상 한정)
	상해응급실내원비(응급환자한정)	내원1회당	3만원
	상해고압산소치료(급여)	1치료당 (1일1회한)	10만원
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	300만원
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	200만원
	상해 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	상해 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	2,000만원
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	500만원
	상해 종합병원중환자실치료	연간1회한	1,000만원
	중증외상치료(권역외상센터)	1사고당	1,000만원
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술	수술1회당	20만원
	상해 2종 수술	수술1회당	50만원
	상해 3종 수술	수술1회당	300만원
	상해 4종 수술	수술1회당	1,000만원
	상해 5종 수술	수술1회당	2,000만원
수술	상해 종합병원 수술	동일사고1회당	20만원
	상해 상급종합병원 수술	동일사고1회당	200만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	50만원

구 분		지급횟수	지급금액
재활치료	입원상해재활치료(급여)	연간 15회한 (각각 일1회한)	2만원
	통원상해재활치료(급여)		

⑦ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 MRI검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 CT검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 골밀도검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우에도 통합치료항목 중 창상봉합술(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1일 1회에 한하여 연간 3회한도로 보장합니다.

⑩ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “깁스치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑪ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절제외)상태가 발생하여 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑫ “상해특정마취치료(정맥,급여)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다.

⑬ “상해특정수혈치료(전혈 및 성분제제)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 성분제제에 의한 수혈시(전혈기준 합산 400ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑭ “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑮ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 상해통합치료비를 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

상합니다.

⑯ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 “상해고압산소치료(급여)”에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑳ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 부분체외순환치료(급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉑ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉒ 제21항의 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

㉓ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원중환자실치료에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉔ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 권역외상센터 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

㉕ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 중증외상치료(권역외상센터)의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1사고당 1회에 한하여 보장합니다.

㉖ “상해통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

㉗ 제26항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

㉘ “상해 종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

㉙ “상해 상급종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이

상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

㉚ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해골절철심제거술(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해골절철심제거술(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉛ 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "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)

㉜ 제31항에도 불구하고 “입원상해재활치료(급여)”와 “통원상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

㉝ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표45】마취의료행위 분류표 또는 【별표44】수혈의료행위 분류표의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서

정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정마취치료(정맥,급여)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 이외에도 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위
2. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
3. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
4. 자가수혈

제4조(“상해통합치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해통합치료”라 함은 제2항의 「상해통합치료(검사)」, 제3항의 「상해통합치료(주요치료)」, 제4항의 「상해통합치료(중증치료)」, 제5항의 「상해 통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」, 제6항의 「상해통합치료(수술)」 및 제7항의 「상해통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
검사	상해 MRI검사(급여)
	상해 CT검사(급여)
	상해 골밀도검사(급여)

1. 제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우
2. 제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우
3. 제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(“깁스치료”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	상해 특정시술치료(급여)(기타)
	창상봉합술(급여)
	깁스치료
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)
	상해특정마취치료(정맥,급여)
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)
	특정상해흉터성형수술
	상해응급실내원비(응급환자한정)
	상해고압산소치료(급여)

1. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
2. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우
3. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우
4. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우
5. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우
6. 제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)에서 정한 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우
7. 제10조(“깁스치료”의 정의)에서 정한 “깁스치료”를 받은 경우
8. 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제11조(“부목치료(급여)”의 정의)에서 정한 “부목치료(급여)”를 받은 경우
9. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정마취치료(정맥,급여)”를 받은 경우

10. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”를 받은 경우
11. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”를 받은 경우
12. 제13조(“특정상해흉터성형수술”의 정의)에서 정한 “특정상해흉터성형수술”을 받은 경우
13. 제15조(“응급환자”의 정의)에서 정의한 “응급환자”로 제14조(“응급실”의 정의와 장소)에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우
14. 제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해고압산소치료(급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해(“중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	상해 치료적저체온요법치료(급여)
	상해 부분체외순환치료(급여)
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)
	상해 종합병원중환자실치료
	중증외상치료(권역외상센터)

1. 제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제20조(“상해 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우
6. 제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우
7. 제23조(“권역외상센터”의 정의)에서 정한 “권역외상센터”의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원하여 제24조(“중증외상환자”의 정의)에서 정의한 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술
	상해 2종 수술
	상해 3종 수술
	상해 4종 수술
	상해 5종 수술

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
수술	상해 종합병원 수술
	상해 상급종합병원 수술
	상해골절철심제거술(급여)

1. 종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
2. 상급종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
3. 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)에서 정한 “급여 골절철심제거술”을 받는 경우

⑦ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)에서 정한 “재활치료”를 받는 경우

구 분	
재활치료	입원 상해재활치료(급여)
	통원 상해재활치료(급여)

제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 MRI검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 MRI검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 MRI검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 CT검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 CT검사(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 CT검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 골밀도검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 「급여 골밀도검사 대상 수가코드」(【별표 81】 골밀도검사(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위

해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 골밀도검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 골밀도검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 특정시술치료(급여)”라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 “상해통합치료(주요치료)”의 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정시술치료(급여)(기타)(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 “특정시술치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “상해 특정시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 특정시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “창상봉합술(급여)”이라 함은 상해의 직접결과로써, “창상봉합술(급여)” 치료를 받은 경우를 말합니다. “ 창상봉합술(급여)”이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표83】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “창상봉합술(급여)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “창상봉합술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조(“깁스치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “깁스치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, “부목(Splint Cast)치료”는 제외합니다.

② 제1항의 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조(“부목치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “부목치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
부목-장상지 [상완으로부터 수부까지]	T6151
부목-단상지 [전완으로부터 수부까지]	T6152
부목-장하지 [대퇴로부터 족부까지]	T6153
부목-단하지 [하퇴로부터 족부까지]	T6154
부목-수지부	T6155

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 골절(치아파절제외)로 인한 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

제12조("상해특정마취치료(정맥,급여)", "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "상해특정마취치료(정맥,급여)"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "상해특정수혈치료"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "상해특정수혈치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 및 【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)에 준하여 "마취 보장 코드" 및 "수혈 보장 코드"를 결정합니다.

제13조("특정상해흉터성형수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 상해흉터성형수술을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

④ "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

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

⑤ 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

제14조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이란 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

제15조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】
「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.
1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】
1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제16조("상해고압산소치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해고압산소치료(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 급여 고압산소 의료행위 대상 수가코드(【별표84】 고압산소 의료행위 분류표 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해고압산소치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해고압산소치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제17조("상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」

개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제18조("상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여) 분류표(【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제19조("상해 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제20조("상해 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드

를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 부분체외순환치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)”라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서 “전신마취치료(급여)“를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “전신마취치료(급여)”라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 중환자실치료”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보험기간 중에 상해로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서의 ”중환자실“에 입원하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제23조("권역외상센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역외상센터"라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)】

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.

1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.

1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력 · 시설 · 장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준 · 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제24조("중증외상환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "중증외상환자"라 함은 제23조("권역외상센터"의 정의) 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도점수(Injury Severity Score, ISS)】

신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서 각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate Injury Scale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate Injury Scale(AIS)】

외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제25조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제26조("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제27조("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (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. 제77조 제1항에 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.

제28조("상해골절철심제거술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해골절철심제거술(급여)" 이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표89】 급여 골절철심제거술 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해골절철심제거술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해골절철심제거술(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제29조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해재활치료비(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

④ 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제31항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제30조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제31조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제23조("권역외상센터"의 정의)의 "권역외상센터" 지정기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도의 변경으로 제23조("권역외상센터"의 정의)의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침에 따라 "중증외상환자"의 분류가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식 또는 "중증외상환자"의 기준이 변경되는 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제32조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서, 중증외상치료(권역외상센터)의 경우 손상중증도 점수(ISS)등을 확인할 수 있는 의무기록지 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.

제33조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제34조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-43. 상해통합치료비(표준형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("중증외상치료(권역외상센터)"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

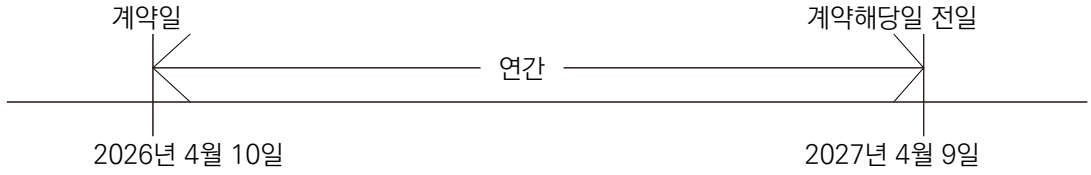
⑥ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(재활치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
검사	상해 MRI검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 CT검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 골밀도검사(급여)	연간1회한	3만원
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	10만원
	상해 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	2만원
	창상봉합술(급여)	연간3회한 (1일1회한)	30만원
	깁스치료	1사고당	20만원
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)	1사고당	5만원
	상해특정마취치료(정맥,급여)	연간3회한	20만원
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)	연간3회한	20만원
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)	연간3회한	20만원
	특정상해흉터성형수술	1사고당 500만원한도	안면부: 1cm당 14만원 상·하지:1cm당7만원(3cm이상한정)
	상해응급실내원비(응급환자한정)	내원1회당	3만원
	상해고압산소치료(급여)	1치료당 (1일1회한)	10만원
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	200만원
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	150만원
	상해 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	상해 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	1,000만원
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	400만원
	상해 종합병원중환자실치료	연간1회한	500만원
	중증외상치료(권역외상센터)	1사고당	500만원
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술	수술1회당	10만원
	상해 2종 수술	수술1회당	20만원
	상해 3종 수술	수술1회당	100만원
	상해 4종 수술	수술1회당	300만원
	상해 5종 수술	수술1회당	600만원
수술	상해 종합병원 수술	동일사고1회당	20만원
	상해 상급종합병원 수술	동일사고1회당	100만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	30만원

구 분		지급횟수	지급금액
재활치료	입원상해재활치료(급여)	연간 15회한 (각각 일1회한)	1만원
	통원상해재활치료(급여)		

⑦ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 MRI검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 CT검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 골밀도검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우에도 통합치료항목 중 창상봉합술(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1일 1회에 한하여 연간 3회한도로 보장합니다.

⑩ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “깁스치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑪ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절제외)상태가 발생하여 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑫ “상해특정마취치료(정맥,급여)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다.

⑬ “상해특정수혈치료(전혈 및 성분제제)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 성분제제에 의한 수혈시(전혈기준 합산 400ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑭ “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑮ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 상해통합치료비를 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

상합니다.

⑯ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 “상해고압산소치료(급여)”에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑳ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 부분체외순환치료(급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉑ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉒ 제21항의 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

㉓ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원중환자실치료에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉔ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 권역외상센터 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

㉕ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 중증외상치료(권역외상센터)의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1사고당 1회에 한하여 보장합니다.

㉖ “상해통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

㉗ 제26항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

㉘ “상해 종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

㉙ “상해 상급종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이

상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

㉚ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해골절철심제거술(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해골절철심제거술(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉛ 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "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)

㉜ 제31항에도 불구하고 “입원상해재활치료(급여)”와 “통원상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

㉝ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표45】 마취의료행위 분류표 또는 【별표44】 수혈의료행위 분류표의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서

정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정마취치료(정맥,급여)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 이외에도 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위
2. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
3. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
4. 자가수혈

제4조(“상해통합치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해통합치료”라 함은 제2항의 「상해통합치료(검사)」, 제3항의 「상해통합치료(주요치료)」, 제4항의 「상해통합치료(중증치료)」, 제5항의 「상해 통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」, 제6항의 「상해통합치료(수술)」 및 제7항의 「상해통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
검사	상해 MRI검사(급여)
	상해 CT검사(급여)
	상해 골밀도검사(급여)

1. 제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우
2. 제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우
3. 제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(“깁스치료”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	상해 특정시술치료(급여)(기타)
	창상봉합술(급여)
	깁스치료
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)
	상해특정마취치료(정맥,급여)
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)
	특정상해흉터성형수술
	상해응급실내원비(응급환자한정)
	상해고압산소치료(급여)

1. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
2. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우
3. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우
4. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우
5. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우
6. 제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)에서 정한 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우
7. 제10조(“깁스치료”의 정의)에서 정한 “깁스치료”를 받은 경우
8. 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제11조(“부목치료(급여)”의 정의)에서 정한 “부목치료(급여)”를 받은 경우
9. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정마취치료(정맥,급여)”를 받은 경우

10. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”를 받은 경우
11. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”를 받은 경우
12. 제13조(“특정상해흉터성형수술”의 정의)에서 정한 “특정상해흉터성형수술”을 받은 경우
13. 제15조(“응급환자”의 정의)에서 정의한 “응급환자”로 제14조(“응급실”의 정의와 장소)에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우
14. 제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해고압산소치료(급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해(“중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	상해 치료적저체온요법치료(급여)
	상해 부분체외순환치료(급여)
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)
	상해 종합병원중환자실치료
	중증외상치료(권역외상센터)

1. 제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제20조(“상해 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우
6. 제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우
7. 제23조(“권역외상센터”의 정의)에서 정한 “권역외상센터”의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원하여 제24조(“중증외상환자”의 정의)에서 정의한 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술
	상해 2종 수술
	상해 3종 수술
	상해 4종 수술
	상해 5종 수술

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
수술	상해 종합병원 수술
	상해 상급종합병원 수술
	상해골절철심제거술(급여)

1. 종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
2. 상급종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
3. 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)에서 정한 “급여 골절철심제거술”을 받는 경우

⑦ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)에서 정한 “재활치료”를 받는 경우

구 분	
재활치료	입원 상해재활치료(급여)
	통원 상해재활치료(급여)

제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 MRI검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 MRI검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 MRI검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 CT검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 CT검사(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 CT검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 골밀도검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 「급여 골밀도검사 대상 수가코드」(【별표 81】 골밀도검사(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위

해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 골밀도검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 골밀도검사(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제8조("상해 특정시술치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 특정시술치료(급여)"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정시술치료(급여)(기타)(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 "특정시술치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 특정시술치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 특정시술치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 "상해 특정시술치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 특정시술치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제9조("창상봉합술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술(급여)" 치료를 받은 경우를 말합니다. " 창상봉합술(급여)"이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표83】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "창상봉합술(급여)"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

제10조("깁스치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "깁스치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, "부목(Splint Cast)치료"는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조("부목치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "부목치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
부목-장상지 [상완으로부터 수부까지]	T6151
부목-단상지 [전완으로부터 수부까지]	T6152
부목-장하지 [대퇴로부터 족부까지]	T6153
부목-단하지 [하퇴로부터 족부까지]	T6154
부목-수지부	T6155

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 골절(치아파절제외)로 인한 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

제12조("상해특정마취치료(정맥,급여)", "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "상해특정마취치료(정맥,급여)"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "상해특정수혈치료"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "상해특정수혈치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 및 【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)에 준하여 "마취 보장 코드" 및 "수혈 보장 코드"를 결정합니다.

제13조("특정상해흉터성형수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 상해흉터성형수술을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

④ "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

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

⑤ 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

제14조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이란 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

제15조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】
「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.
1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】
1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제16조("상해고압산소치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해고압산소치료(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 급여 고압산소 의료행위 대상 수가코드(【별표84】 고압산소 의료행위 분류표 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해고압산소치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해고압산소치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제17조("상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」

개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제18조("상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여) 분류표(【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제19조("상해 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제20조("상해 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드

를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 부분체외순환치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)”라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서 “전신마취치료(급여)“를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “전신마취치료(급여)”라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 중환자실치료”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보험기간 중에 상해로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서의 ”중환자실“에 입원하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제23조("권역외상센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역외상센터"라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)】

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.

1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.

1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력 · 시설 · 장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준 · 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제24조("중증외상환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "중증외상환자"라 함은 제23조("권역외상센터"의 정의) 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도점수(Injury Severity Score, ISS)】

신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서 각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate Injury Scale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate Injury Scale(AIS)】

외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제25조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제26조("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제27조("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (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. 제77조 제1항에 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.

제28조("상해골절철심제거술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해골절철심제거술(급여)" 이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표89】 급여 골절철심제거술 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해골절철심제거술(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해골절철심제거술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해골절철심제거술(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제29조("상해재활치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "상해재활치료(급여)"라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해재활치료비(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

④ 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제31항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제30조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제31조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제23조("권역외상센터"의 정의)의 "권역외상센터" 지정기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도의 변경으로 제23조("권역외상센터"의 정의)의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침에 따라 "중증외상환자"의 분류가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식 또는 "중증외상환자"의 기준이 변경되는 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제32조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서, 중증외상치료(권역외상센터)의 경우 손상중증도 점수(ISS)등을 확인할 수 있는 의무기록지 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.

제33조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제34조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-44. 상해통합치료비(실속형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("깁스치료"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해("중증외상치료(권역외상센터)"의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「상해통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(수술)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

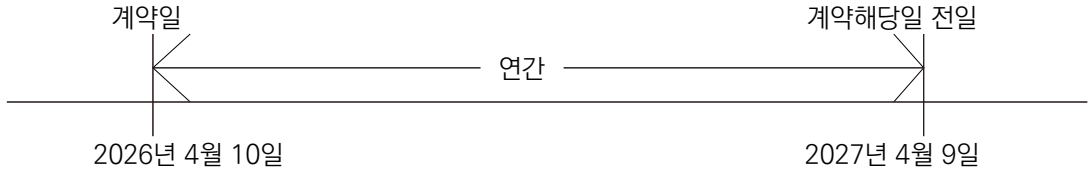
⑥ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 「상해통합치료(재활치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
검사	상해 MRI검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 CT검사(급여)	연간1회한	5만원
	상해 골밀도검사(급여)	연간1회한	3만원
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	5만원
	상해 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	1만원
	창상봉합술(급여)	연간3회한 (1일1회한)	10만원
	깁스치료	1사고당	10만원
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)	1사고당	5만원
	상해특정마취치료(정맥,급여)	연간3회한	10만원
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)	연간3회한	10만원
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)	연간3회한	10만원
	특정상해흉터성형수술	1사고당 500만원한도	안면부: 1cm당 14만원 상·하지:1cm당7만원(3cm이상한정)
	상해응급실내원비(응급환자한정)	내원1회당	3만원
	상해고압산소치료(급여)	1치료당 (1일1회한)	5만원
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	100만원
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	100만원
	상해 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	상해 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	500만원
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	300만원
	상해 종합병원중환자실치료	연간1회한	300만원
	중증외상치료(권역외상센터)	1사고당	300만원
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술	수술1회당	10만원
	상해 2종 수술	수술1회당	20만원
	상해 3종 수술	수술1회당	30만원
	상해 4종 수술	수술1회당	100만원
	상해 5종 수술	수술1회당	200만원
수술	상해 종합병원 수술	동일사고1회당	20만원
	상해 상급종합병원 수술	동일사고1회당	30만원
	상해골절철심제거술(급여)	연간1회한	10만원

구 분		지급횟수	지급금액
재활치료	입원상해재활치료(급여)	연간 15회한 (각각 일1회한)	1만원
	통원상해재활치료(급여)		

⑦ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 MRI검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 CT검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 골밀도검사(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우에도 통합치료항목 중 창상봉합술(급여)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1일 1회에 한하여 연간 3회한도로 보장합니다.

⑩ 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “깁스치료”를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑪ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절제외)상태가 발생하여 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 “골절(치아파절제외) 부목치료(급여)”를 받은 경우에는 사고당 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑫ “상해특정마취치료(정맥,급여)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다.

⑬ “상해특정수혈치료(전혈 및 성분제제)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 성분제제에 의한 수혈시(전혈기준 합산 400ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑭ “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회) 보험금을 지급하며, 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 단, 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

⑮ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 상해통합치료비를 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

상합니다.

⑯ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 “상해고압산소치료(급여)”에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑳ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 부분체외순환치료(급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉑ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉒ 제21항의 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

㉓ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해 종합병원중환자실치료에 한하여 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉔ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 권역외상센터 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

㉕ “중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 중증외상치료(권역외상센터)의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1사고당 1회에 한하여 보장합니다.

㉖ “상해통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

㉗ 제26항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

㉘ “상해 종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

㉙ “상해 상급종합병원 수술”의 경우 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해에 대한 수술로 두 종류 이

상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

㉚ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해골절철심제거술(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해골절철심제거술(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

㉛ 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 "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)

㉜ 제31항에도 불구하고 “입원상해재활치료(급여)”와 “통원상해재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

㉝ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표45】 마취의료행위 분류표 또는 【별표44】 수혈의료행위 분류표의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서

정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정마취치료(정맥,급여)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 이외에도 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)” 로 인한 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위
2. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
3. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
4. 자가수혈

제4조(“상해통합치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해통합치료”라 함은 제2항의 「상해통합치료(검사)」, 제3항의 「상해통합치료(주요치료)」, 제4항의 「상해통합치료(중증치료)」, 제5항의 「상해 통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」, 제6항의 「상해통합치료(수술)」 및 제7항의 「상해통합치료(재활치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료의 필요소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
검사	상해 MRI검사(급여)
	상해 CT검사(급여)
	상해 골밀도검사(급여)

1. 제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 MRI검사(급여)”를 받은 경우
2. 제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 CT검사(급여)”를 받은 경우
3. 제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 골밀도검사(급여)”를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(“깁스치료”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	상해 특정시술치료(급여)(화상처치)
	상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	상해 특정시술치료(급여)(기타)
	창상봉합술(급여)
	깁스치료
	골절(치아파절제외) 부목치료(급여)
	상해특정마취치료(정맥,급여)
	상해특정수혈치료(전혈및성분제제)
	상해특정수혈치료(혈액성분채집술)
	특정상해흉터성형수술
	상해응급실내원비(응급환자한정)
	상해고압산소치료(급여)

1. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우
2. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우
3. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우
4. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우
5. 제8조(“상해 특정시술치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우
6. 제9조(“창상봉합술(급여)”의 정의)에서 정한 “창상봉합술(급여)”을 받은 경우
7. 제10조(“깁스치료”의 정의)에서 정한 “깁스치료”를 받은 경우
8. 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제11조(“부목치료(급여)”의 정의)에서 정한 “부목치료(급여)”를 받은 경우
9. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정마취치료(정맥,급여)”를 받은 경우

10. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”를 받은 경우
11. 제12조(“상해특정마취치료(정맥,급여)”, “상해특정수혈치료(전혈및성분제제)”, “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”의 정의 및 장소)에서 정한 “상해특정수혈치료(혈액성분채집술)”를 받은 경우
12. 제13조(“특정상해흉터성형수술”의 정의)에서 정한 “특정상해흉터성형수술”을 받은 경우
13. 제15조(“응급환자”의 정의)에서 정의한 “응급환자”로 제14조(“응급실”의 정의와 장소)에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우
14. 제16조(“상해고압산소치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해고압산소치료(급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해(“중증외상치료(권역외상센터)”의 경우 상해 또는 진단확정된 질병)의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	상해 치료적저체온요법치료(급여)
	상해 부분체외순환치료(급여)
	상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)
	상해 종합병원중환자실치료
	중증외상치료(권역외상센터)

1. 제17조(“상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제18조(“상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제19조(“상해 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제20조(“상해 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “상해 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우
6. 제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)에서 정한 “상해 종합병원중환자실치료”를 받은 경우
7. 제23조(“권역외상센터”의 정의)에서 정한 “권역외상센터”의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원하여 제24조(“중증외상환자”의 정의)에서 정의한 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	상해 1종 수술
	상해 2종 수술
	상해 3종 수술
	상해 4종 수술
	상해 5종 수술

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
수술	상해 종합병원 수술
	상해 상급종합병원 수술
	상해골절철심제거술(급여)

1. 종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
2. 상급종합병원에서 제25조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 “수술”을 받은 경우
3. 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)에서 정한 “급여 골절철심제거술”을 받는 경우

⑦ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)에서 정한 “재활치료”를 받는 경우

구 분	
재활치료	입원 상해재활치료(급여)
	통원 상해재활치료(급여)

제5조(“상해 MRI검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 MRI검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 MRI검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 MRI검사(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 MRI검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“상해 CT검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 CT검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 CT검사(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 CT검사(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 CT검사(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제7조(“상해 골밀도검사(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 골밀도검사(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 「급여 골밀도검사 대상 수가코드」(【별표81】 골밀도검사(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 골밀도검사(급여)”의료행위

해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 골밀도검사(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 골밀도검사(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제8조("상해 특정시술치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 특정시술치료(급여)"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 상해 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정시술치료(급여)(기타)(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 "특정시술치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 특정시술치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 특정시술치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 "상해 특정시술치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 특정시술치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제9조("창상봉합술(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "창상봉합술(급여)"이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술(급여)" 치료를 받은 경우를 말합니다. " 창상봉합술(급여)"이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표83】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "창상봉합술(급여)"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

제10조("깁스치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "깁스치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, "부목(Splint Cast)치료"는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조("부목치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "부목치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
부목-장상지 [상완으로부터 수부까지]	T6151
부목-단상지 [전완으로부터 수부까지]	T6152
부목-장하지 [대퇴로부터 족부까지]	T6153
부목-단하지 [하퇴로부터 족부까지]	T6154
부목-수지부	T6155

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부목치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 "부목치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 골절(치아파절제외)로 인한 "부목(Splint)치료"가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리 하에 근골격계 손상 부위의 일 측면 또는 양 측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다. 단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 "부목(Splint)"에서 제외됩니다.

제12조("상해특정마취치료(정맥,급여)", "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "상해특정마취치료(정맥,급여)"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "상해특정수혈치료"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 "상해통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 "상해특정수혈치료(전혈및성분제제)", "상해특정수혈치료(혈액성분채집술)"(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "상해특정수혈치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 "의료급여"라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 "상해특정마취치료(정맥,급여)" 및 제2항의 "상해특정수혈치료"은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 및 【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)에 준하여 "마취 보장 코드" 및 "수혈 보장 코드"를 결정합니다.

제13조("특정상해흉터성형수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로서 상해흉터성형수술을 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "특정상해흉터성형수술"이라 함은 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다. 다만, 피보험자가 사고발생시점에 만15세 미만일 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

구분	안면부	상지/하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3cm 이상에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장 직경으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에서 정한 상해흉터성형수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 보험금을 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다.

④ "안면부", "상지", "하지"라 함은 다음을 말합니다.

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

⑤ 상지 또는 하지에 대하여는 3㎝ 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

제14조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "응급실"이란 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

제15조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】
「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.
1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】
1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제16조("상해고압산소치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해고압산소치료(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 급여 고압산소 의료행위 대상 수가코드(【별표84】 고압산소 의료행위 분류표 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해고압산소치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해고압산소치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제17조("상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」

개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제18조("상해 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여) 분류표(【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제19조("상해 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제20조("상해 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드

를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “부분체외순환치료(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해 부분체외순환치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제21조(“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)”라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서 “전신마취치료(급여)“를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “전신마취치료(급여)”라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는“상해 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)” 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제22조(“상해 종합병원중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “상해 종합병원 중환자실치료”라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 상해의 직접결과로서 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보험기간 중에 상해로 제26조(“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원“에서의 ”중환자실“에 입원하여 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제23조("권역외상센터"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "권역외상센터"라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)】

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.

1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.

1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력 · 시설 · 장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준 · 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제24조("중증외상환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "중증외상환자"라 함은 제23조("권역외상센터"의 정의) 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도점수(Injury Severity Score, ISS)】

신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서 각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate Injury Scale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate Injury Scale(AIS)】

외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제25조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제26조("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제27조("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에 의하여 보건복지부 장관이 지정하는 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조4 (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. 제77조 제1항에 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.

제28조(“상해골절철심제거술(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “상해골절철심제거술(급여)” 이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 골절철심제거술” 치료를 받은 경우를 말합니다. “급여 골절철심제거술”이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표89】 급여 골절철심제거술 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해골절철심제거술(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해골절철심제거술(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “상해골절철심제거술(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해골절철심제거술(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제29조(“상해재활치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “상해재활치료(급여)”라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “상해재활치료비(급여)” 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 “상해재활치료(급여)”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제31항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의 “상해재활치료(급여)”를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제30조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제31조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)

① 제23조("권역외상센터"의 정의)의 "권역외상센터" 지정기준이 「의료법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "권역외상센터"제도의 변경으로 제23조("권역외상센터"의 정의)의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침에 따라 "중증외상환자"의 분류가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 권역외상센터 운영지침 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식 또는 "중증외상환자"의 기준이 변경되는 경우에는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "권역외상센터"에 내원하여 "중증외상환자"로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제32조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서, 중증외상치료(권역외상센터)의 경우 손상중증도 점수(ISS)등을 확인할 수 있는 의무기록지 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.

제33조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제34조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-45. 상해수술비(1~5종)Ⅲ(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 직접적인 원인으로 "1~5종수술Ⅲ 분류표"(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(1종)의 보험가입금액
2종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(2종)의 보험가입금액
3종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(3종)의 보험가입금액
4종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(4종)의 보험가입금액
5종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(5종)의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 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·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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-46. 상해수술비(1~5종)Ⅲ(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 직접적인 원인으로 "1~5종수술Ⅲ 분류표"(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(1종)의 보험가입금액
2종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(2종)의 보험가입금액
3종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(3종)의 보험가입금액
4종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(4종)의 보험가입금액
5종	상해수술비(1~5종)Ⅲ(5종)의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 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·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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-47. 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원 병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 병실(1인실)에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 상급종합병원 병실(1인실)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당을 계속 지급합니다.

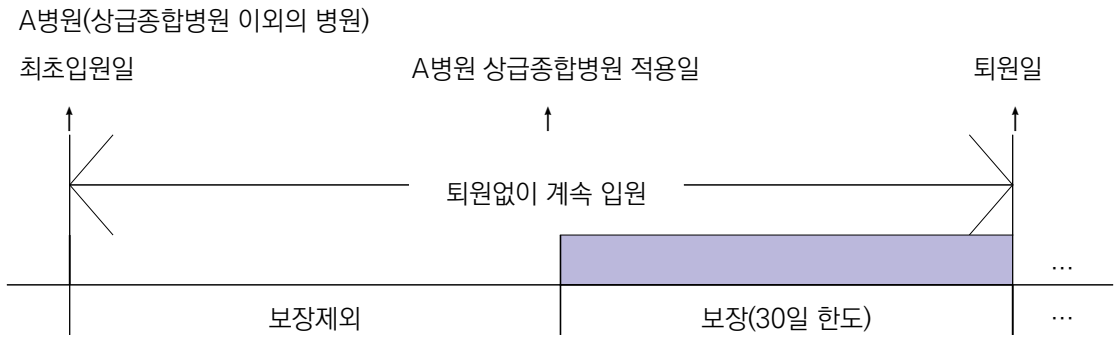
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 "상급종합병원 병실(1인실) 이외의 병실"에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 병실(1인실)에 해당하는 병실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 병실(1인실)에 해당하는 병실에 입원하여 치료를 받던 중 "상급종합병원 병실이외의 병실"로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원병실(1인실)의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

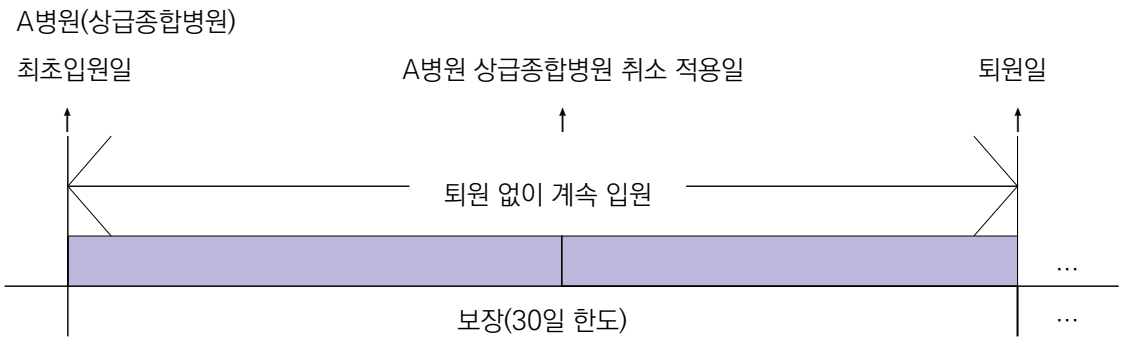
⑦ 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원의 병실(1인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일 부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 이외의 병원의 병실(1인실) 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원(1인실) 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑨ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“입원”의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-48. 일반상해수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 인해 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 “수술동반입원”이라 합니다)하여 치료받은 경우에는 입원 첫날 부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술입원일당(이하 “수술입원일당”이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

1. 상해의 직접결과로써 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제5조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항의 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

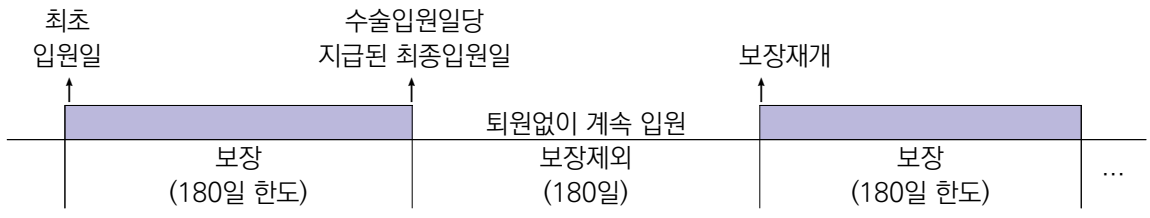
※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 수술동반입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 상해로 수술을 받은 경우에는 또 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 수술입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



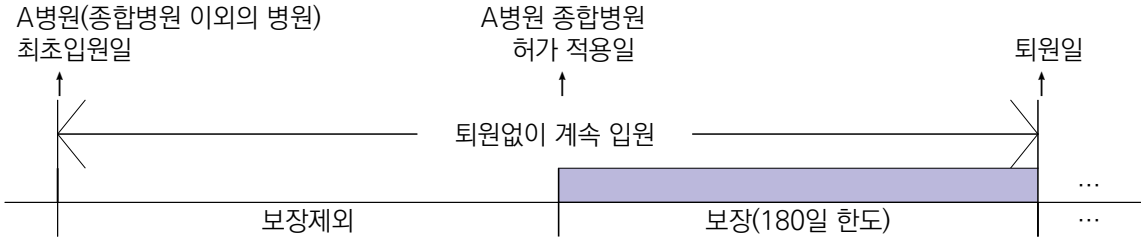
③ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 ‘종합병원 이외의 병원’에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 ‘종합병원 이외의 병원’에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

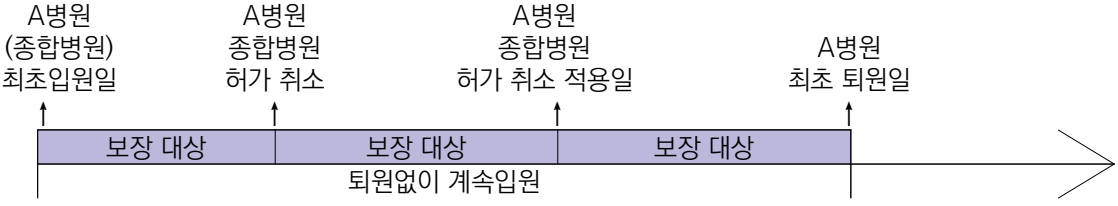
〈보상예시〉
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 종합병원이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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, 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(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 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

제4조("입원"의 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 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

〈입원의 기준〉

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미합니다.
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 합니다.
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 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)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-49. 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수 및 지급한도는 종합병원(2-3인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 병실(2-3인실)에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 다른 종합병원 병실(2-3인실)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당을 계속 지급합니다.

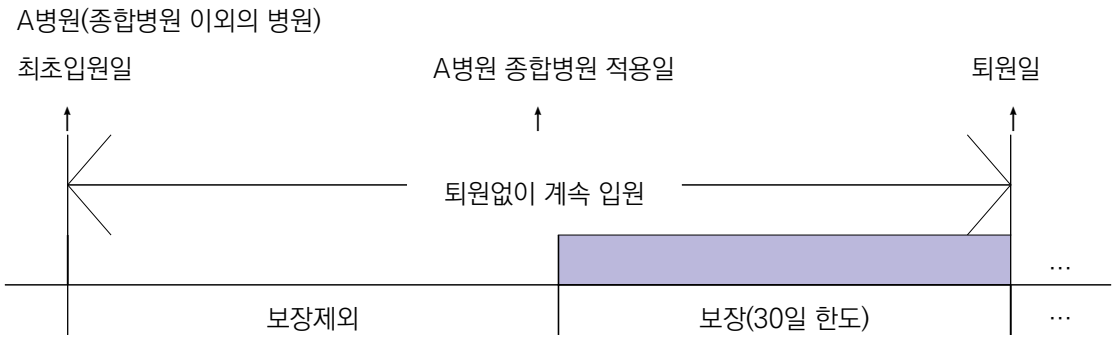
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 "종합병원 병실(2-3인실) 이외의 병실"에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실에 입원하여 치료를 받던 중 "종합병원 병실(2-3인실)이외의 병실"로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원 병실(2-3인실)의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

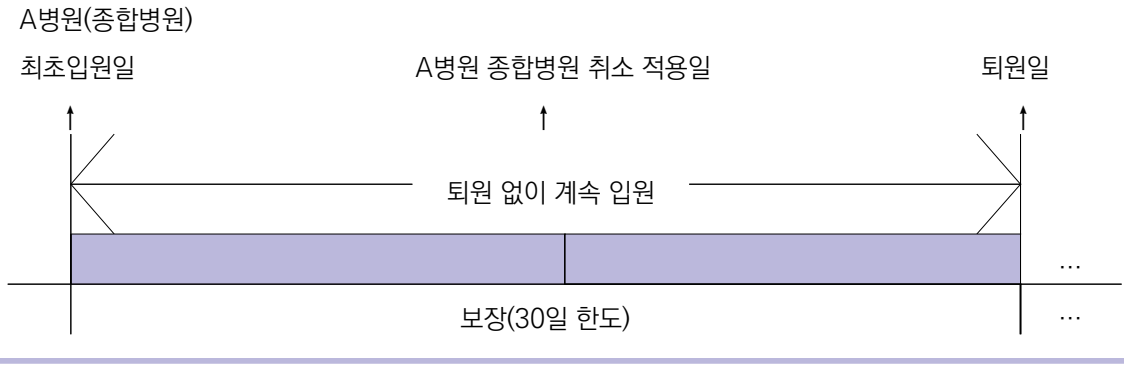
⑦ 피보험자가 "종합병원 이외의 병원의 병실(2-3인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일 부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원 이외의 병원의 병실(2-3인실) 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



⑧ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원의 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원(2-3인실) 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("입원"의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-50. 중증외상환자 산정특례대상진단비(연간1회한) 특별약관

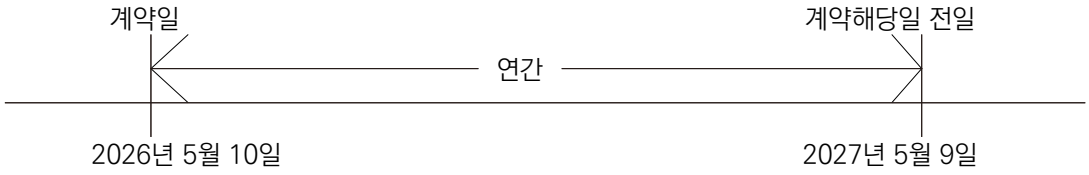
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제3조("중증외상 산정특례대상"의 정의)에서 정의한 중증외상 산정특례대상으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 1회의 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

③ 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해로 권역외상센터에 입원한 입원 첫날을 진단확정일로 적용합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증외상 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("중증외상 산정특례대상"의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증외상환자 산정특례대상"이라 함은 「중증외상환자 산정특례대상 분류표」(【별표94】 중증외상환자 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 경우에 해당하여 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

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

[본인일부부담금 산정특례 제도]

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

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

"중증외상 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용합니다.

[중증외상환자 산정특례가 적용되는 기관]

보건복지부에서 지정한 권역외상센터에 대하여 중증외상환자 산정특례를 적용합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

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

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

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

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

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

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

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-51. 중증화상 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제3조(“중증화상 산정특례대상”의 정의)에서 정의한 중증화상 산정특례대상으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해의 진단확정일로 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 “중증화상 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 중증화상 산정특례대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

【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

[중증화상 산정특례 재등록]

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

제3조(“중증화상 산정특례대상”의 정의)

① 이 특별약관에서 “중증화상 산정특례대상”이라 함은 「중증화상 산정특례대상 분류표」(【별표96】 중증화상 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 중증화상으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

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

[중증화상 산정특례 등록신청 절차]

“중증화상산정특례 대상"에 해당하여 의사가 중증화상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

①「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에

따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

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

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

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

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

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

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중증화상 산정특례대상진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-52. 창상봉합술치료비(1일 1회한, 연간3회한) 특별약관

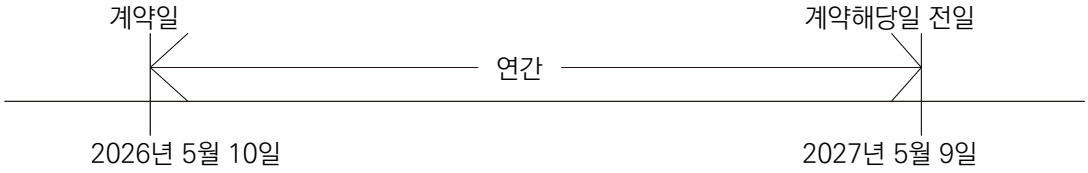
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 그 치료를 목적으로 “창상봉합술(급여)”를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 창상봉합술 치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 3회의 한도 산정의 기준일자는 사고일로 합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“창상봉합술(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “창상봉합술(급여)”이라 함은 상해의 직접결과로써, “창상봉합술(급여)” 치료를 받은 경우를 말합니다.“ 창상봉합술(급여)”이라 함은 「창상봉합술(급여) 대상 수가코드」(【별표83】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 “창상봉합술(급여)”의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 “창상봉합술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-53. 통합상해진단비 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한) 보장
- 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한) 보장
- 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한) 보장

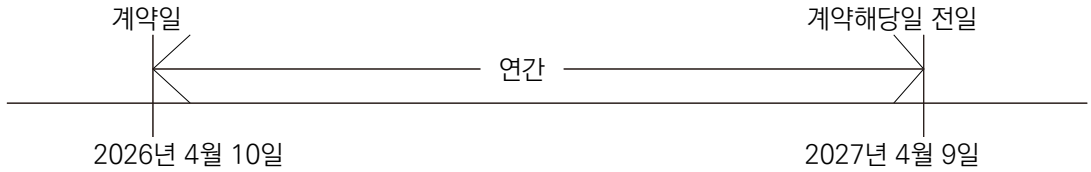
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표99】『통합상해분류표』에서 정한 통합상해로 진단 확정된 경우 아래와 같이 구분 및 부위별로 각각 연간1회에 한하여 통합상해진단비를 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	부 위	지급금액
경증상해, 중등증상해, 중증상해	머리 및 목	각 부위별 세부보장 보험가입금액의 100%
	몸통	
	어깨 및 위팔	
	아래팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 대퇴	
	아래다리	
	발목 및 발	
	기타	

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

【연간에 대한 예시】



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.

【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(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

제5조("통합상해"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "통합상해"라 함은 【별표99】『통합상해분류표』에서 정한 상해를 말합니다.

② 제1항의 "통합상해"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "통합상해"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-54. 무릎인대파열및연골손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표104】『무릎인대파열및연골손상 분류표』에서 정한 무릎인대파열및연골손상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 특별약관의 보험가입금액을 무릎인대파열및연골손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 무릎인대파열 및 연골손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 무릎인대파열 및 연골손상수술비만 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-55. 상해CT검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 CT검사에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 상해CT검사지원비(연간1회한,급여) 로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

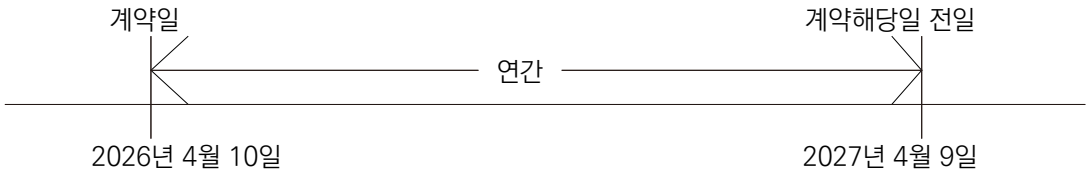
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조("상해 급여CT검사"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 급여CT검사"라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	분류번호
일반 전산화단층영상진단	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단	다-245-1

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 급여 의료행위 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 급여CT검사"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 급여CT검사"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함 등), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-56. 상해MRI검사지원비(연간1회한,급여) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 MRI검사에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험가입금액을 상해MRI검사지원비(연간1회한, 급여) 로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

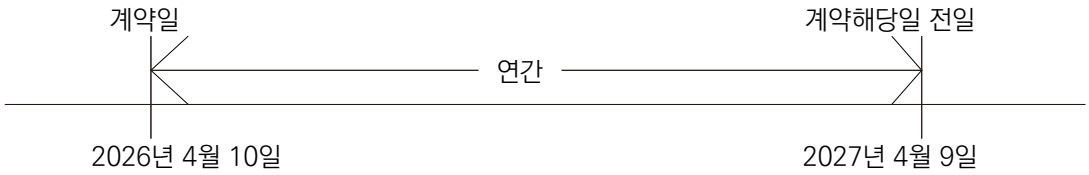
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조("상해 급여MRI검사"의 정의)

① 이 특별약관에서 "상해 급여MRI검사"라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	분류번호
자기공명영상진단	다-246

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 개정으로 급여 의료행위 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 상해의 의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "상해 급여MRI검사"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "상해 급여MRI검사"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함 등), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-57. 아킬레스힘줄손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표105】『아킬레스힘줄손상 분류표』에서 정한 아킬레스힘줄손상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 특별약관의 보험가입금액을 아킬레스힘줄손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 아킬레스힘줄손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 아킬레스힘줄손상수술비만 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치술(임플란트 포함)
- 기타 이와 유사한 시술 또는 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-58. 특정외상성뇌손상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 특정외상성뇌손상으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성뇌손상 진단비로 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.

【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

제3조("특정외상성뇌손상"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정외상성뇌손상"이라 함은 【별표106】『특정외상성뇌손상 분류표』에서 정한 상해를 말합니다.

②제1항의 "특정외상성뇌손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성뇌손상 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-59. 특정외상성뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 특정외상성뇌출혈로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성뇌출혈 진단비로 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.

【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

제3조("특정외상성뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정외상성뇌출혈"이라 함은 【별표107】『특정외상성뇌출혈 분류표』에서 정한 상해를 말합니다.

②제1항의 "특정외상성뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 외상성 뇌출혈 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-60. 특정외상성장기손상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 특정외상성장기손상으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성장기손상 진단비로 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.

【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

제3조("특정외상성장기손상"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정외상성장기손상"라 함은 【별표108】『특정외상성장기손상 분류표』에서 정한 상해를 말합니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

② 제1항의 "특정외상성장기손상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성장기손상 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

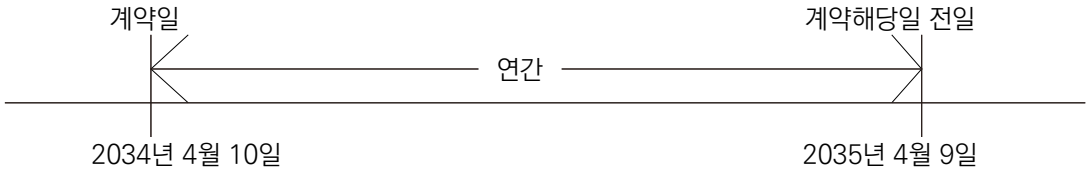
1-61. 골절철심제거수술비(연간1회한,급여)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절제외)분류표(【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 '급여 골절철심제거술'을 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.

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

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조("급여 골절철심제거술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "급여 골절철심제거술" 이라 함은 피보험자의 진단확정 된 "골절(치아파절제외)"의 치료를 목적으로 "급여 골절철심제거술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 골절철심제거술"이라 함은 「급여 골절철심제거술 수가코드」(【별표89】 급여 골절철심제거술 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 "급여 골절철심제거술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령의 개정으로 제1항에서 정한 "급여 골절철심제거술"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(급여수가코드(EDI코드 포함), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확

인방법 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)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-62. 일반상해수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-63. 일반상해수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-64. 체증형 일반상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 체증형 일반상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 일반상해수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 매 사고시마다 지급합니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 체증형 일반상해수술비만 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

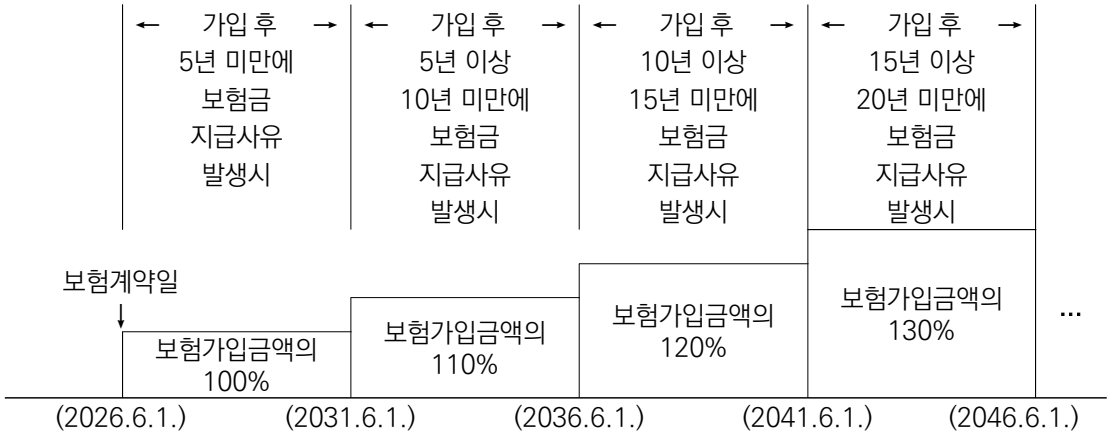
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-65. 상해특정급여시술치료비(연간1회한) 특별약관

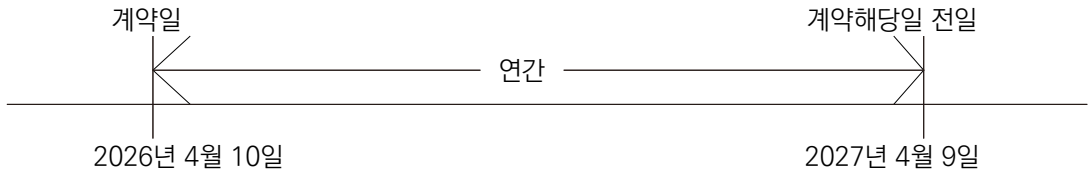
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 특정급여시술치료를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 특정급여시술치료별 지급금액을 상해특정급여시술치료비로 지급합니다.

구 분	지급횟수	지급금액
상해 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	보험가입금액의 100%
상해 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	보험가입금액의 100%
상해 특정급여시술치료(급여)(화상처치)	연간1회한	보험가입금액의 100%
상해 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	보험가입금액의 100%
상해 특정급여시술치료(급여)(기타)	연간1회한	보험가입금액의 100%

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 상해 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해특정급여시술치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 상해 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해특정급여시술치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정급여시술치료(급여)(화상처치)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 상해 특정급여시술치료(급여)(화상처치)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해특정급여시술치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 상해 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해특정급여시술치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해 특정급여시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 상해 특정급여시술치료(급여)(기타)에 한하여 사고, 부위 및 횟수와 상관없이 1회의 상해특정급여시술치료비만 지급합니다.

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

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표45】 마취의료행위 분류표 또는 【별표44】 수혈의료행위 분류표의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   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 瞼와 瞼 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

제4조("상해특정급여시술치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 「상해특정급여시술치료(급여)」라 함은 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분
상해 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
상해 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)
상해 특정급여시술치료(급여)(화상처치)
상해 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)
상해 특정급여시술치료(급여)(기타)

1. 제2항 내지 제3항에서 정한 "상해 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우
2. 제2항 내지 제3항에서 정한 "상해 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우
3. 제2항 내지 제3항에서 정한 "상해 특정급여시술치료(급여)(화상처치)"를 받은 경우
4. 제2항 내지 제3항에서 정한 "상해 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우
5. 제2항 내지 제3항에서 정한 "상해 특정급여시술치료(급여)(기타)"를 받은 경우

② 이 특별약관에서 "상해 특정급여시술치료(급여)"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "상해특정급여시술치료(급여)"의 특정급여시술치료항목 중 상해 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 상해 특정급여시술치료(급여)(신경차단술), 상해 특정급여시술치료(급여)(화상처치), 상해 특정급여시술치료(급여)(도수정복술), 상해 특정급여시술치료(급여)(기타)(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "특정급여시술치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 상해의 직접결과로써 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "상해 특정급여시술치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급

여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “상해 특정급여시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 제2항의 “상해 특정급여시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “상해 특정급여시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서, 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 각 특정급여시술치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서)
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)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

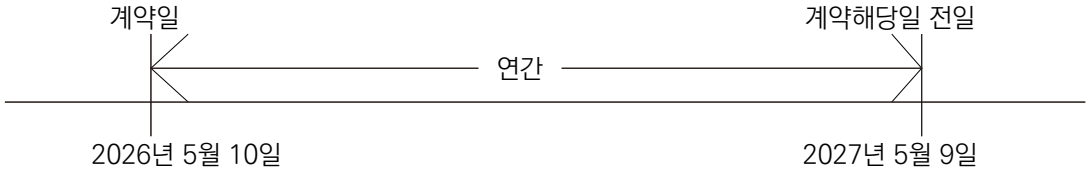
1-66. 상해 관절경검사 지원비(급여, 연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여 관절경검사"에 해당하는 의료행위를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 관절경검사 지원비(급여, 연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 ("관절경검사" 등의 정의)

① 이 보장에서 "관절경검사"라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자에 의하여 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

② 이 보장에서 "급여 관절경검사"라 함은 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드중 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
관절경검사	E7500
관절경검사-고관절부위를실시한경우	E7501

③ 제2항의 "급여 관절경검사"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 검사료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

【유의사항】

건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 제1절(처치 및 수술료)의 산정지침에 따라 의료행위 중 내시경(관절경포함)을 이용한 처치 및 수술로 제2항에서 정의한 "급여 관절경검사"에 해당하는 수가코드를 부여받지 못할 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

【예시】

피보험자가 '관절경검사'를 받고 'E7500' 또는 'E7501'의 수가코드를 받은 경우
→ 보험금 지급
피보험자가 관절경하 수술을 받고 'E7500' 및 'E7501' 이외의 수가코드만 받은 경우
→ 보험금 부지급

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한 금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 "급여 관절경검사"에 준하여 '급여 관절경검사'를 결정합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 "급여 관절경검사" 외에 "급여 관절경검

사”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해 관절경검사 지원비(급여, 연간1회한) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함 등), 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-67. 상해주요관절손상수술치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상해주요관절(팔꿈치,손목,발목) 손상 수술치료비(급여, 연간1회한)
- 상해주요관절(어깨,무릎) 손상 수술치료비(급여, 연간1회한)
- 상해주요관절(고관절) 손상 수술치료비(급여, 연간1회한)

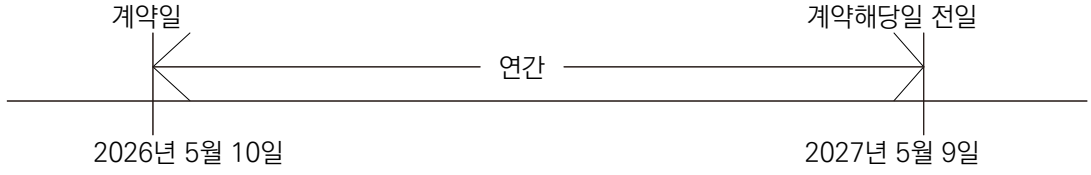
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표157】『주요관절손상 분류표』에서 정한 "주요관절손상"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 주요관절손상수술치료"를 받은 경우에는 각 세부보장별 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급 합니다.

구분		지급금액
상해주요관절 손상수술치료비 (급여, 연간1회한)	상해주요관절(팔꿈치,손목,발목) 손상수술치료비 (급여, 연간1회한)	이 세부보장의 보험가입금액 (연간1회한)
	상해주요관절(어깨,무릎) 손상수술치료비 (급여, 연간1회한)	이 세부보장의 보험가입금액 (연간1회한)
	상해주요관절(고관절) 손상수술치료비 (급여, 연간1회한)	이 세부보장의 보험가입금액 (연간1회한)

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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.

【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 ("주요관절손상"의 정의)

이 특별약관에서 "주요관절손상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표157】 주요관절손상 분류표에 해당하는 상병을 말합니다.

제5조 ("급여 주요관절손상수술치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "급여 주요관절손상수술치료"라 함은 "주요관절손상"의 치료를 목적으로 【별표158】 급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표에 해당하는 수술을 말합니다.

② 제1항의 "급여 주요관절손상수술치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는

「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위급여 · 비급여 목록 및 급여상대가치점수」 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"를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 "급여 주요관절손상수술치료" 외에 "급여 주요관절손상수술치료"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조("수술"의 정의와 장소)

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함 등), 진료비계산서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-68. 안구특정상해진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 "안구특정상해"로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 안구특정상해진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "안구특정상해"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("안구특정상해"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "안구특정상해"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 안구특정상해(【별표130】 안구특정상해 분류표 참조)으로 분류되는 상병을 말합니다.

② "안구특정상해"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 증상과 함께 검안경, 세극등검사, 초음파검사, 전산화단층촬영(CT) 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "안구특정상해"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명 및 상병 분류번호 기입), 진료기록부(검사결과지 포함)), 안구특정상해의 경우 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류(초진진료기록지, 응급실기록지, 입통원치료확인서, 진료비세부내역서, 수술기록지, 의사처방전(처방조제비) 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안구특정상해진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적

립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-69. 특정화상처치비(급여,연간5회한) 특별약관

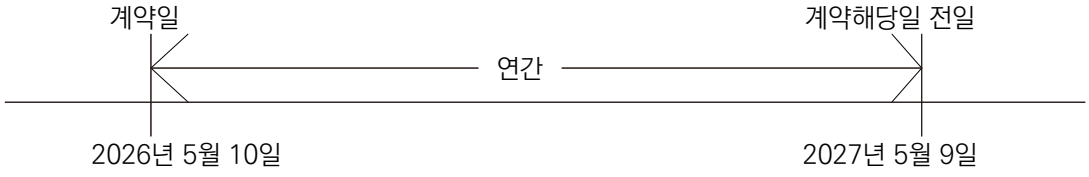
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '특정화상'으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원 중에 '특정화상처치(급여)'(이하 '입원 특정화상처치(급여)'라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 '특정화상처치(급여)'(이하 '외래 특정화상처치(급여)'라 합니다.)를 받은 때에 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정화상처치비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 특정화상처치보험금은 연간 발생한 '입원 화상처치(급여)'와 '외래 화상처치(급여)' 횟수를 합산하여 연간 최대 5회 한도로 지급합니다.

③ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 다음 각 호의 경우에는 '입원 특정화상처치(급여)'와 '외래 특정화상처치(급여)' 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 '입원 특정화상처치(급여)'를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '외래 특정화상처치(급여)'를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 '외래 특정화상처치(급여)'를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '입원 특정화상처치(급여)'를 받은 경우

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정화상" 및 "특정화상처치(급여)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정화상"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표148】(특정화상 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "특정화상처치(급여)"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여또는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 【별표147】(특정화상처치(급여) 분류표)에 해당하는 진료행위를 말하며, "특정화상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특약에서 '입원 특정화상처치(급여)'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

④ 이 특약에서 '입원 특정화상처치(급여)'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고, 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 "특정화상처치(급여)" 에 준하여 "특정화상처치(급여) 대상 수가코드"를 결정합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 인하여 제5항에서 정한 "특정화상처치(급여)"외에 "특정화상처치(급여)"에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)

(단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료행위코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.)

【진료행위코드】

진료행위코드는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

Ⅱ. 질병관련 특별약관

2-1. 질병후유장해(3~100%)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별

약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-2. 질병후유장해(3~100%)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【사례】

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 : 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-3. 질병50%이상후유장해(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병50%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 질병50%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제

16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-4. 질병80%이상후유장해(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병80%이상후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 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.



【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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 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 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제

16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-5. 암진단비(유사암제외)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 유사암을 제외한 암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암(유사암제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "유사암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암", 제6항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-6. 체증형 암진단비(유사암제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 유사암을 제외한 암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 체증형 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 암진단비(유사암제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암(유사암제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

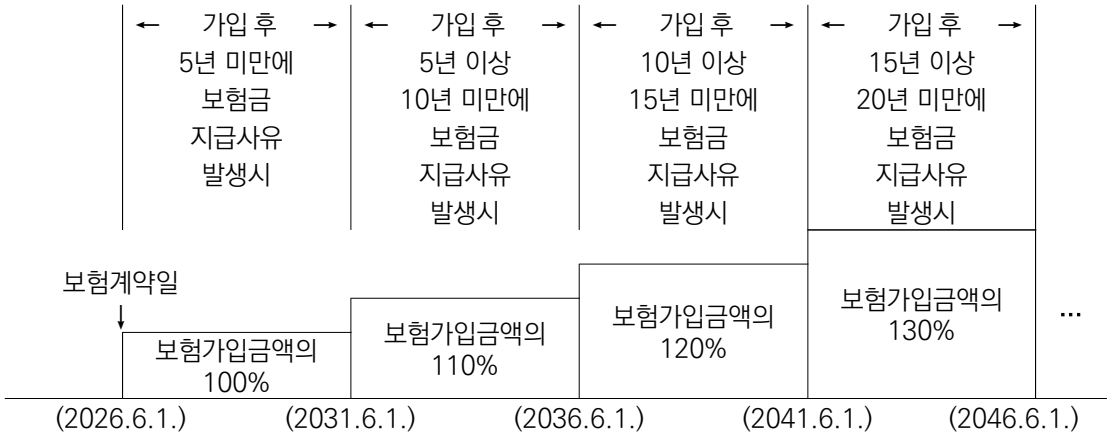
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "유사암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “유사암”이라 함은 제3항에서 정한 “기타피부암”, 제4항에서 정한 “갑상선암”, 제5항에서 정한 “제자리암”, 제6항에서 정한 “경계성종양”을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 체증형 암진단비(유사암제외)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-7. 암진단비(유사암제외)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 유사암을 제외한 암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암(유사암제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "유사암" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암", 제6항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-8. 암진단비(유방암및생식기암제외)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 유방암 및 생식기암을 제외한 암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유방암및생식기암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 암(유방암 및 생식기암 제외)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암(유방암및생식기암제외)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유방암 및 생식기암 제외)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암", "갑상선암" 및 "유방암 및 생식기암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "유방암 및 생식기암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "유방암 및 생식기암"(【별표16】 유방암 및 생식기암 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ "암(유방암 및 생식기암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(유방암 및 생식기암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유방암 및 생식기암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유방암및생식기암제외)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-9. 유방암및생식기암진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 유방암 및 생식기암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방암및생식기암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 유방암 및 생식기암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("유방암", "생식기암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "유방암 및 생식기암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "유방암 및 생식기암"(【별표16】 유방암 및 생식기암 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

②제1항의 "유방암 및 생식기암"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

③ "유방암 및 생식기암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "유방암 및 생식기암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방암및생식기암진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-10. 유사암진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유사암"이라 함은 제2항에서 정한 "기타피부암", 제3항에서 정한 "갑상선암", 제4항에서 정한 "제자리암", 제5항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비 및 경계성종양진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-11. 유사암진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유사암"이라 함은 제2항에서 정한 "기타피부암", 제3항에서 정한 "갑상선암", 제4항에서 정한 "제자리암", 제5항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비 및 경계성종양진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-12. 체증형 유사암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 체증형 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 유사암진단비	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

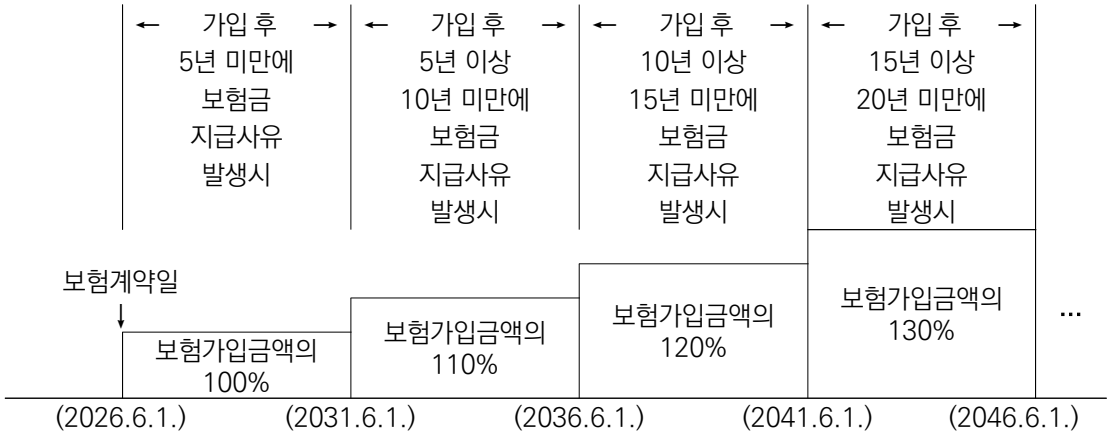
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "유사암"이라 함은 제2항에서 정한 "기타피부암", 제3항에서 정한 "갑상선암", 제4항에서 정한 "제자리암", 제5항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표 3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비 및 경계성종양진단비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-13. 11대특정암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 11대특정암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 11대특정암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("11대특정암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "11대특정암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "11대특정암"(【별표18】 11대특정암 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② "11대특정암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 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 하며, 이 경우 "11대특정암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "11대특정암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-14. 재진단암진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 재진단암 보장개시일 이후에 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

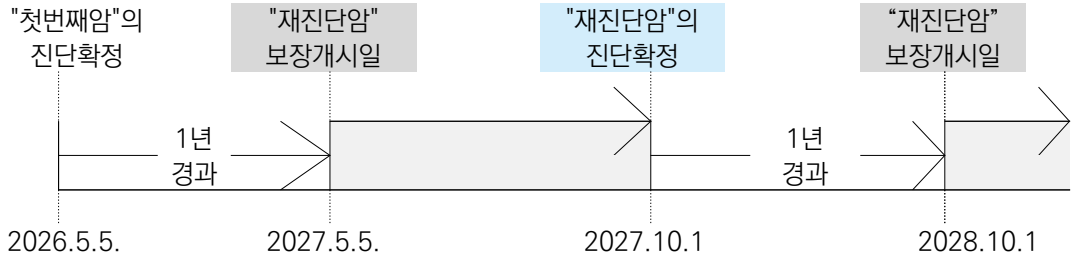
【유의사항】

기타피부암, 갑상선암, 전립선암은 이 보장에서 보상하지 않습니다. 또한, 제자리암, 경계성종양은 이 보장에서 보상하지 않습니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 재진단암 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 “첫번째암”이라 합니다) 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 1년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【재진단암의 보장개시일[예시]】



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) 제2항에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제4조(“암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 내에 제4조(“암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정) 제5항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암 , 전립선

암 제외)으로 진단확정된 경우

제4조("암" 및 "재진단암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"또는 "첫번째암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암", "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "전립선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 "재진단암"이라 합니다.)이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "재진단암 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

⑥ 제5항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위(최초 발생한 부위) 에 발생한 암으로 "첫번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

⑦ 제5항에서 "전이암"이란 원발부위(최초 발생한 부위) 의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

⑧ 제5항에서 "재발암"이란 "첫번째암"또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암"또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암"또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

⑨ 제5항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑩ "암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑪ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑫ “재진단암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “재진단암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

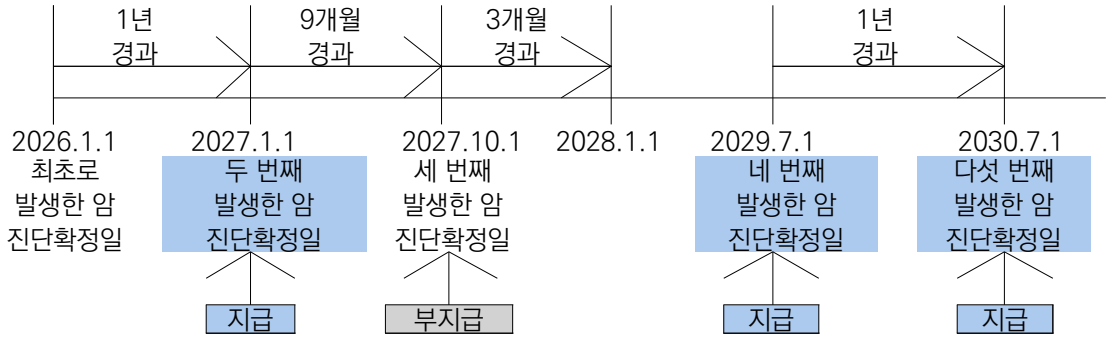
⑬ 제10항, 제11항 및 제12항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “재진단암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제10항, 제11항 및 제12항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

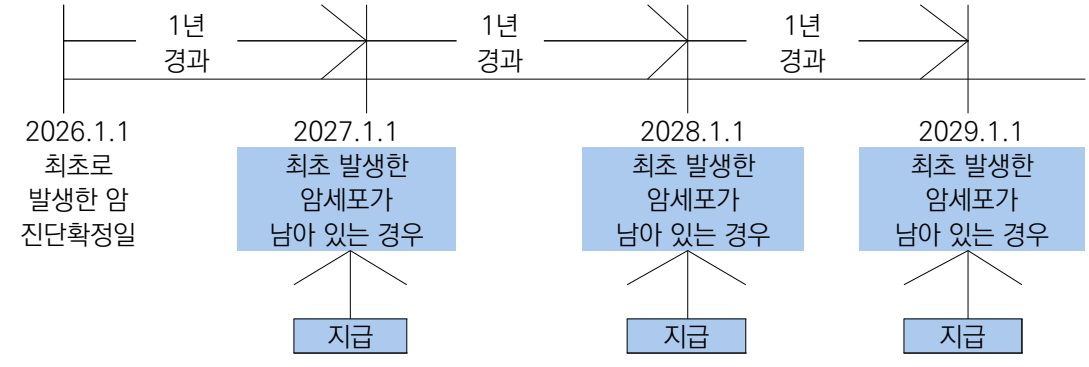
【제5항 제1호 내지 제3호의 예시】

• 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



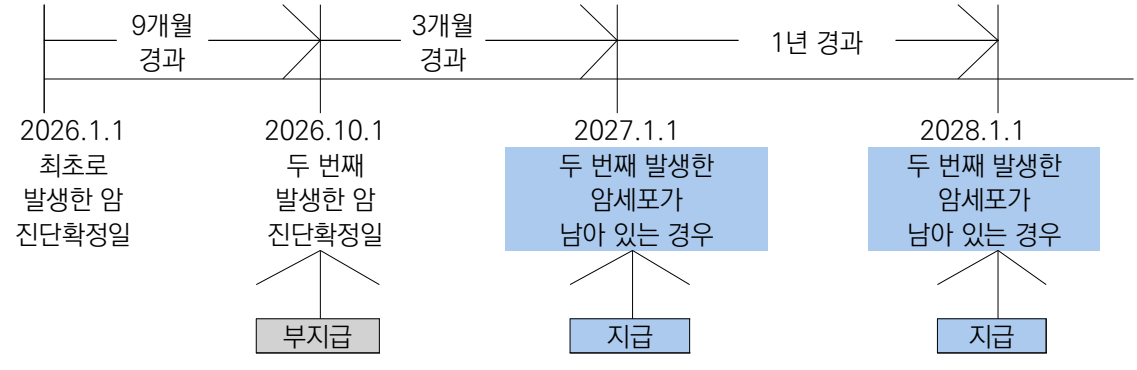
【제5항 제4호의 예시】

• 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【제5항 제4호의 예시】

• 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것)서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

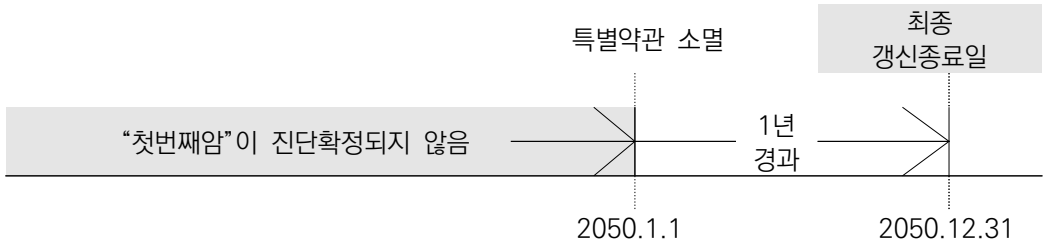
제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

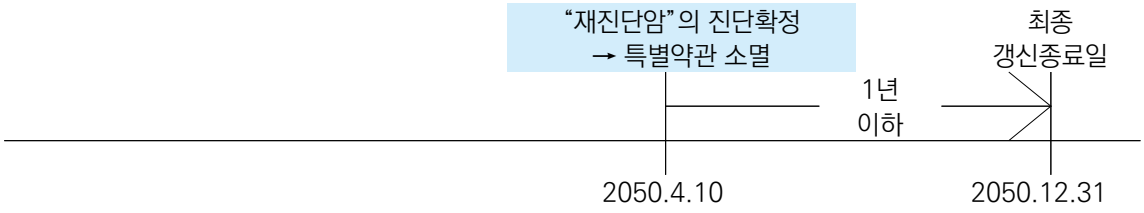
1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 피보험자가 "재진단암"으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【재진단암진단비 특별약관의 소멸 제1항】

· 제1호 : "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



· 제2호 : "재진단암" 진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-15. 재진단암진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 재진단암 보장개시일 이후에 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

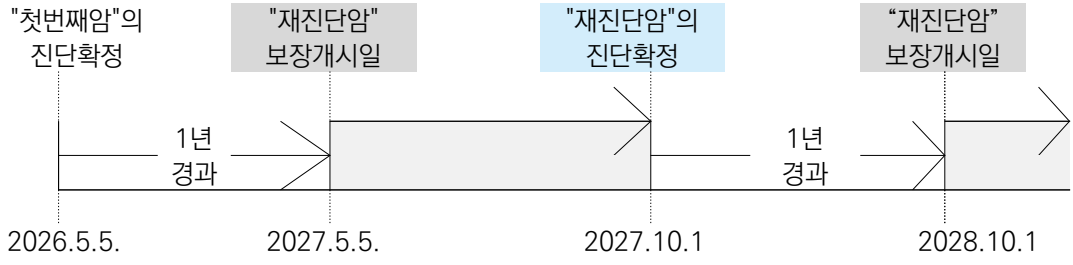
【유의사항】

기타피부암, 갑상선암, 전립선암은 이 보장에서 보상하지 않습니다. 또한, 제자리암, 경계성종양은 이 보장에서 보상하지 않습니다.

② 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 재진단암 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 “첫번째암”이라 합니다) 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단 확정일로부터 그 날을 포함하여 1년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【재진단암의 보장개시일[예시]】



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) 제2항에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조(“암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사항
2. "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 내에 제4조(“암” 및 “재진단암”의 정의 및 진단확정) 제5항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암 , 전립선

암 제외)으로 진단확정된 경우

제4조("암" 및 "재진단암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"또는 "첫번째암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암", "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "전립선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 "재진단암"이라 합니다.)이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "재진단암 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다. 다만, "기타피부암", "갑상선암" 및 "전립선암"은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

⑥ 제5항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위(최초 발생한 부위) 에 발생한 암으로 "첫번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

⑦ 제5항에서 "전이암"이란 원발부위(최초 발생한 부위) 의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

⑧ 제5항에서 "재발암"이란 "첫번째암"또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫번째암"또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫번째암"또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

⑨ 제5항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑩ "암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑪ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑫ “재진단암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “재진단암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

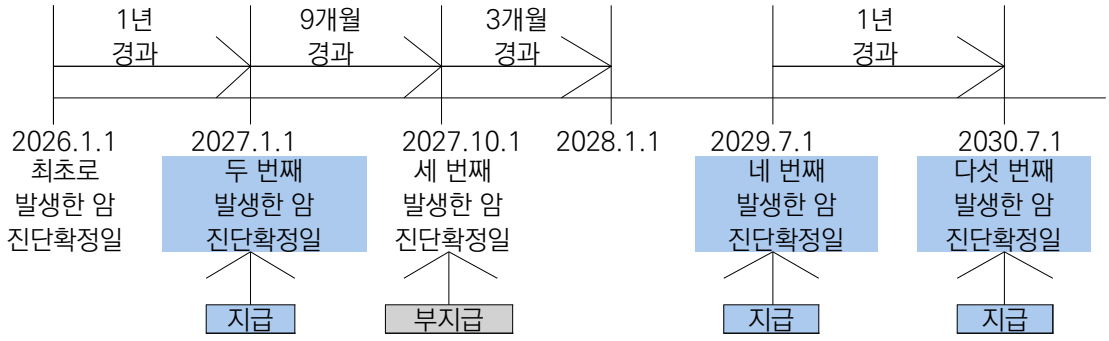
⑬ 제10항, 제11항 및 제12항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “전립선암”, “갑상선암” 및 “재진단암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제10항, 제11항 및 제12항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

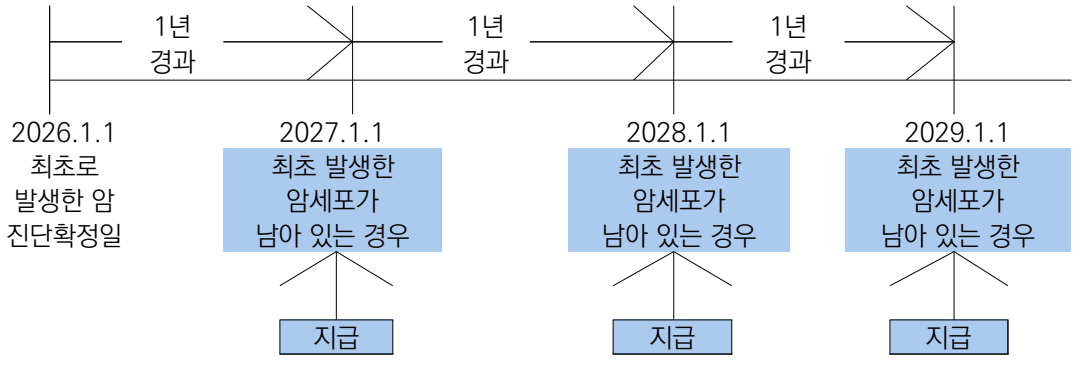
【제5항 제1호 내지 제3호의 예시】

• 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



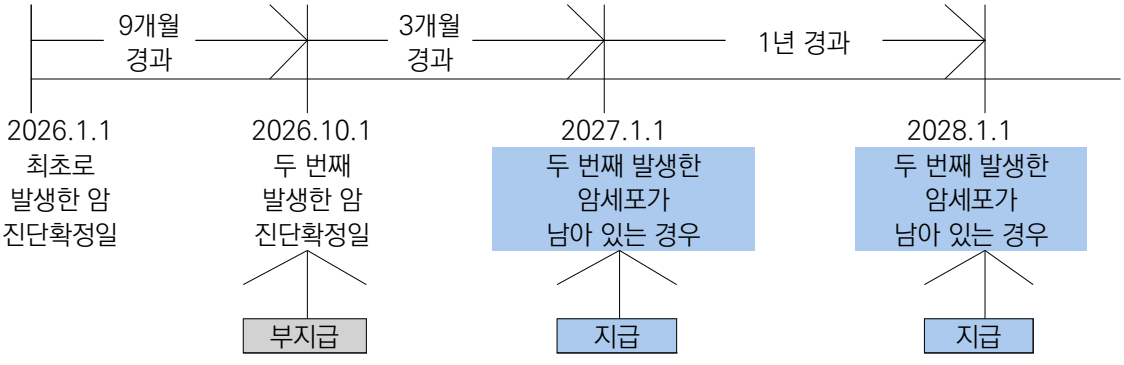
【제5항 제4호의 예시】

• 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【제5항 제4호의 예시】

• 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

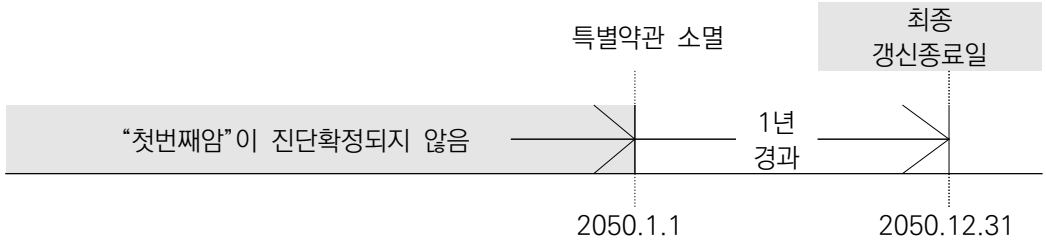
1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이

그 날을 포함하여 1년 이하인 경우

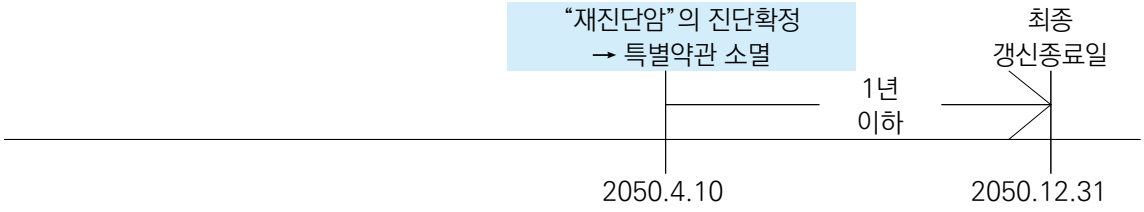
2. 피보험자가 "재진단암"으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 보험기간 종료일(갱신계약은 최종 갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【재진단암진단비 특별약관의 소멸 제1항】

· 제1호 : "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



· 제2호 : "재진단암" 진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-16. 뇌졸중진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 뇌졸중을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌졸중"(【별표19】 뇌졸중 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제

16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-17. 뇌혈관질환진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 뇌혈관질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제

16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-18. 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 뇌혈관질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-19. 체증형 뇌혈관질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 체증형 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 뇌혈관질환진단비	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 뇌혈관질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

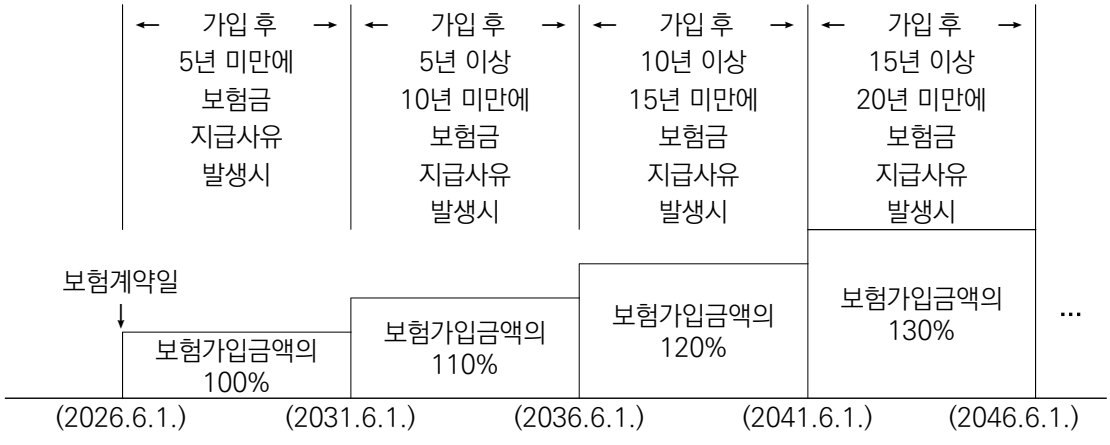
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신

경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 체증형 뇌혈관질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-20. 급성심근경색증진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "급성심근경색증"(【별표20】 급성심근경색증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-21. 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "급성심근경색증"(【별표20】 급성심근경색증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-22. 허혈성심장질환진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 허혈성심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 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(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-23. 체증형 허혈성심장질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 체증형 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 허혈성심장질환진단비	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 허혈성심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

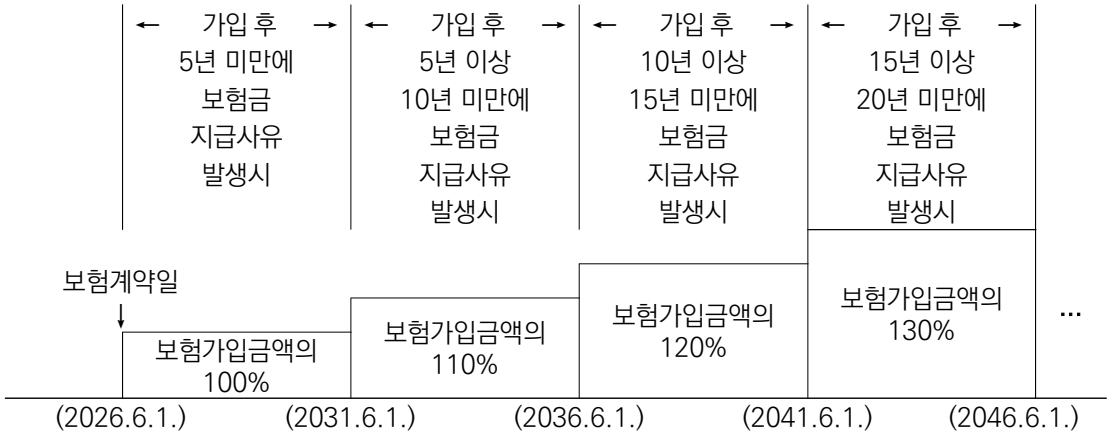
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께

심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 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(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 체증형 허혈성심장질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-24. 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 허혈성심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 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(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-25. 염증성심장질환진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 염증성심장질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 염증성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 염증성심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("염증성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "염증성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "염증성심장질환"(【별표21】 염증성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "염증성심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "염증성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "염증성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 "염증성심장질환"의 진단확정은 【별표21】『염증성심장질환 분류표』에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항에도 불구하고 "염증성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 【별표21】『염증성심장질환 분류표』에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 염증성심장질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-26. 기타심장부정맥진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 기타심장부정맥으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기타심장부정맥진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기타심장부정맥을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("기타심장부정맥"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "기타심장부정맥"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타심장부정맥"(【별표22】 기타심장부정맥 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "기타심장부정맥"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "기타심장부정맥"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "기타심장부정맥"으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 "기타심장부정맥"의 진단확정은 【별표22】『기타심장부정맥 분류표』에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항에도 불구하고 "기타심장부정맥"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 '기타심장부정맥분류표'에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타심장부정맥진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-27. 특정심장질환진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정심장질환으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 특정심장질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정심장질환"(【별표23】 특정심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "특정심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "특정심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 "특정심장질환"의 진단확정은 【별표23】『특정심장질환 분류표』에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항에도 불구하고 "특정심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 【별표23】『특정심장질환 분류표』에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정심장질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-28. 항암방사선·약물치료비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 항암방사선 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 피보험자가 암의 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암방사선·약물치료비를 지급하지 않습니다.

구 분	지급금액
암 항암방사선·약물치료시 (최초 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 항암방사선·약물치료시 (최초 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선·약물치료시 (최초 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("항암방사선치료", "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 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.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암의 항암방사선·약물치료비(단, 기타피부암의 항암방사선·약물치료비, 갑상선암의 항암방사선·약물치료비를 지급한 경우는 제외합니다)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-29. 말기신부전증진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 말기신부전증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 말기신부전증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("말기신부전증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 "말기신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 콩팥병(제9차 한국표준질병·사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

② "말기신부전증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "말기신부전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-30. 만성당뇨합병증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 만성당뇨합병증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("만성당뇨합병증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 "만성당뇨합병증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "만성당뇨합병증"(【별표24】 만성당뇨합병증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "만성당뇨합병증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백이 500㎎ 이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5㎎/㎗ 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-31. 양성뇌종양진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 양성뇌종양으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 양성뇌종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두 개내(머리 내)의 종양을 포함합니다. 단, "양성뇌종양"은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

② "양성뇌종양"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-32. 중대한재생불량성빈혈진단비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 중대한 재생불량성빈혈로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한재생불량성빈혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 중대한재생불량성빈혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성 빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고 현재 골수 이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

② 제1항에서 "영구적인 재생불량성 빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/mm^3미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 두가지 이상에 해당되는 것을 말합니다. 단, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외됩니다.

1. 호중구 수가 500/mm^3미만
2. 혈소판 수가 20,000/mm^3미만
3. 망상적혈구 수가 20,000/mm^3미만

③ "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-33. 혈전용해치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌경색증(I63)" 또는 "급성심근경색증(I21)"으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 혈전용해치료비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌경색증(I63)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌경색증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

②"뇌경색증(I63)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 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 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조("급성심근경색증(I21)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

②"급성심근경색증(I21)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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(심장 동맥) 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

제6조("혈전용해치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌경색증" 또는 "금성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비(뇌경색증) 및 혈전용해치료비(급성심근경색증)를 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 혈전용해치료비에 대한 손해보상 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-34. 특정감염병진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정감염병으로 진단확정된 경우에는 각각의 특정감염병 진단에 대하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정감염병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 특정감염병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정감염병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정감염병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정감염병"(【별표25】 특정감염병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정감염병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-35. 특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 특정 심장판막질환 및 비 허혈성 심근병증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정 심장판막질환 및 비 허혈성 심근병증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정 심장판막질환 및 비 허혈성 심근병증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정 심장판막질환 및 비 허혈성 심근병증"(【별표54】 특정 심장판막질환 및 비허혈성 심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증"으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증"의 진단확정은 "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증분류표"에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 "특정심장판막질환 및 비허혈성심근병증분류표"에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정심장판막질환및비허혈성심근병증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-36. 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'으로 진단 확정되고 그 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
로봇암수술비(다빈치및레보아이) (갑상선암및전립선암제외)(최초1회한)	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암제외) 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단 확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
로봇암수술비(다빈치및레보아이) (갑상선암및전립선암)(최초1회한)	로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암및전립선암) 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.



【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

제3조("암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암", "전립선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "갑상선암" 및 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "전립선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암(갑상선암 및 전립선암 제외)" 및 "전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)" 및 "전립선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암" 및 "전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("로봇암수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "로봇암수술" 이라 함은 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드(【별표53】 로봇암수술 분류표)에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술

【로봇암수술】

이 특별약관에서 로봇암수술이란 '암(갑상선암 및 전립선암 제외)', '갑상선암' 또는 '전립선암'의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 통하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 "로봇암수술"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 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "로봇암수술" 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "로봇암수술" 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "로봇암수술"을 받은 것으로 봅니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(갑상선암 및 전립선암 제외)", "갑상선암" 또는 "전립선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 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 소멸)

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암 및 전립선암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 로봇암수술비(다빈치및레보아이)(갑상선암 및 전립선암) 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-37. 결핵진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 결핵으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 결핵을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("결핵"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "결핵"이라 함은 '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제18893호, 2022. 12. 11.) 제2조(정의) 제3호(제2군감염병) 가목'에서 정한 질병을 말합니다.

② 병원체보유자(임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람)는 해당하지 않습니다.

③ 향후 '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률', '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령' 및 '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙'에서 결핵이 제외되는 경우에도 보장대상에서는 제외되지 않으며, 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

④ "결핵"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 이때, 피보험자가 임상학적으로 해당 병명으로 진단을 받고 관련 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 결핵진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-38. 천식지속상태(급성중증천식)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 천식지속상태로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 천식지속상태(급성중증천식)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 천식지속상태(급성중증천식)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("천식지속상태(급성중증천식)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "천식지속상태(급성중증천식)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "천식지속상태(급성중증천식)"(【별표26】 천식지속상태(급성중증천식) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "천식지속상태(급성중증천식)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

【유의사항】

'천식지속상태 분류표'에서 정한 J46(천식지속상태)은 한국표준질병·사인분류지침서(통계청)의 '주요 질환별 분류 지침'에 따라 '급성중증 천식', '불응의(refractory) 천식'으로 분류된 질병을 말합니다. 단, '천식', '중증천식', '급성천식', '만성천식'과 같은 용어로 표현되는 J45(천식)는 이 계약에서 보장하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 천식지속상태(급성중증천식)진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-39. 급성신우신염진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 급성신우신염으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성신우신염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 급성신우신염을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("급성신우신염"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 "급성신우신염"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "급성신우신염"(【별표27】 급성신우신염 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말하며, "급성신우신염"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 급성신우신염진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-40. 건선특정치료비(연간1회한,급여) 특별약관

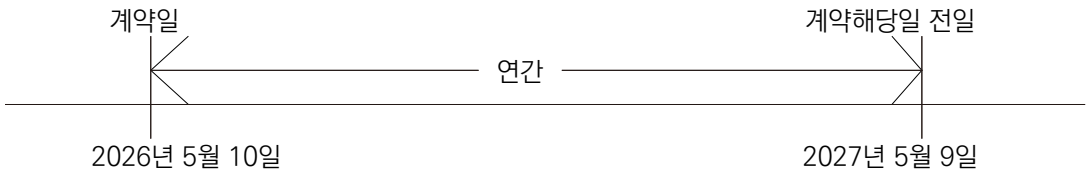
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 건선으로 진단확정되고 그 건선의 치료를 직접적인 목적으로 "급여 건선 특정광선치료"또는 "급여 건선 특정 약물 및 주사제치료"를 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 건선특정치료비(연간1회한,급여)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
건선특정치료비(약물및주사제치료)(연간1회한,급여)	보험가입금액의 100%
건선특정치료비(특정광선치료)(연간1회한,급여)	보험가입금액의 20%

② 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("건선"의 정의와 진단확정)

이 특별약관에서 "건선"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "건선"(【별표30】 건선 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. "건선"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조("급여 건선 특정 광선치료" 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급여 건선 특정 광선치료"라 함은 『건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수』에서 정한 분류번호 및 코드 중 【별표31】 『급여 특정 광선치료 대상 수가코드』에 해당하는 치료를 연간 1일(회) 이상 받은 경우를 말합니다. 다만, '급여 건선 특정 광선치료'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 '급여 특정 광선치료' 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② "급여 특정 광선치료"의 치료일수는 동일한 날 2회 이상 치료를 받은 경우에도 1일(회)로 적용합니다.

③ 이 특별약관에서 "급여 건선 특정 약물 및 주사제치료" 라 함은 "급여 특정 약물치료제"를 연간 30일 이상 처방받는 경우 또는 '급여 특정 주사치료제'를 연간 1회 이상 처방받은 경우를 말합니다.

④ '급여 특정 약물치료제' 및 '급여 특정 주사치료제'라 함은 『약제 급여 목록 및 급여 상한금액표』에서 정한 사이클로스포린((microemulsion) cyclosporin) 또는 메쏘드렉세이트(methotrexate)에 해당하는 약제를 말합니다. 다만, '급여 건선 특정 약물 및 주사제치료'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 '급여 특정 약물 및 주사제치료' 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

【유의사항】

「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 사이클로스포린((microemulsion) cyclosporin) 또는 메쏘드렉세이트(methotrexate)라 함은 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 분류번호114, 142, 421에 해당하는 약제를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "연간 30일 이상 처방받는 경우"라 함은 '급여 특정 약물치료제'의 "연간"처방일수(외용 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 "급여 특정 약물치료제"를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말합니다. 처방일수 합산 시 기준일자는 "급여 특정 약물치료제"를 처방받은 날로 합니다.

【보험금 지급 예시】

<table>
<tr><th>구분</th><th>2026년
5월 5일</th><th>2026년
7월 15일</th><th>2026년
9월 10일</th><th>2027년
3월 5일</th><th>2027년
5월 4일</th><th>2027년
7월 4일</th><th>보험금
지급 여부</th></tr>
<tr><td rowspan="2">약물 및
주사제
치료</td><td rowspan="2">계약일</td><td>20일 처방</td><td>-</td><td>20일 처방</td><td rowspan="2">계약
해당일
전일</td><td>-</td><td>O</td></tr>
<tr><td>-</td><td>10일 처방</td><td>10일 처방</td><td>10일 처방</td><td>X</td></tr>
</table>

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 . 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 "급여 특정 광선치료" 및 "급여 특정 약물 및 주사제치료"에 준하여 "급여 특정 광선치료 대상 수가코드" 및 "급여 특정 약물 및 주사제치료 대상 약제"를 결정합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-41. 질병입원일당(1일이상10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

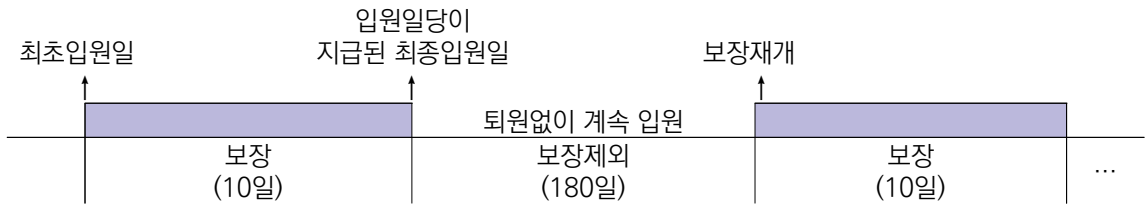
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 10일 한도로 질병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-42. 질병입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

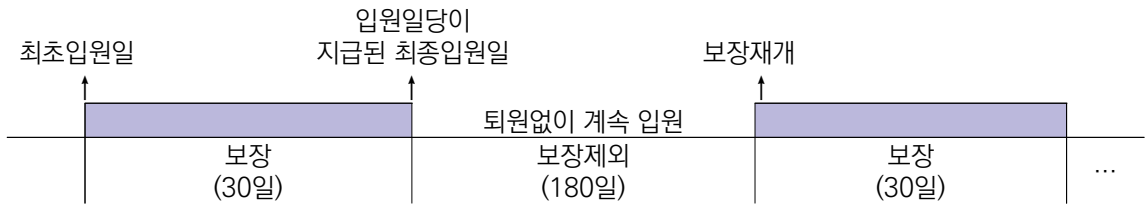
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 질병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-43. 질병입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

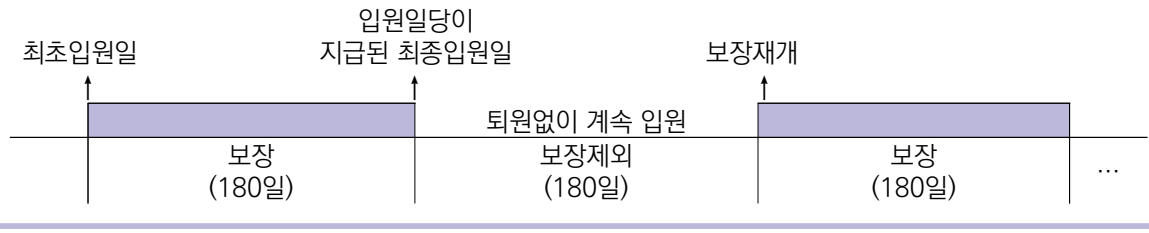
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 질병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-44. 질병입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

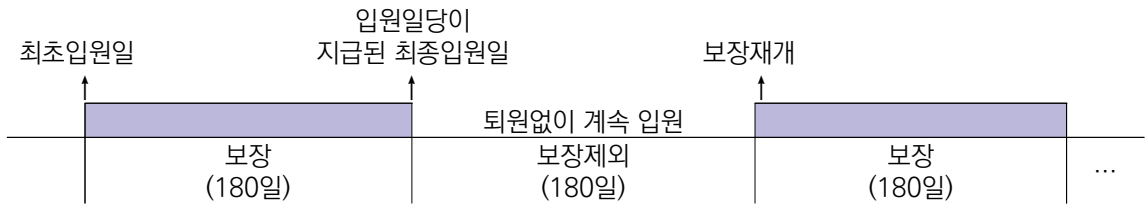
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 질병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-45. 체증형 질병입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 체증형 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

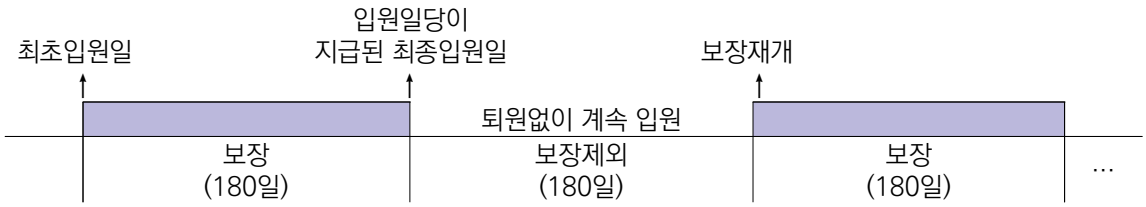
구 분	지급금액
체증형 질병입원일당 (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 체증형 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 체증형 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 체증형 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 질병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 체증형 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

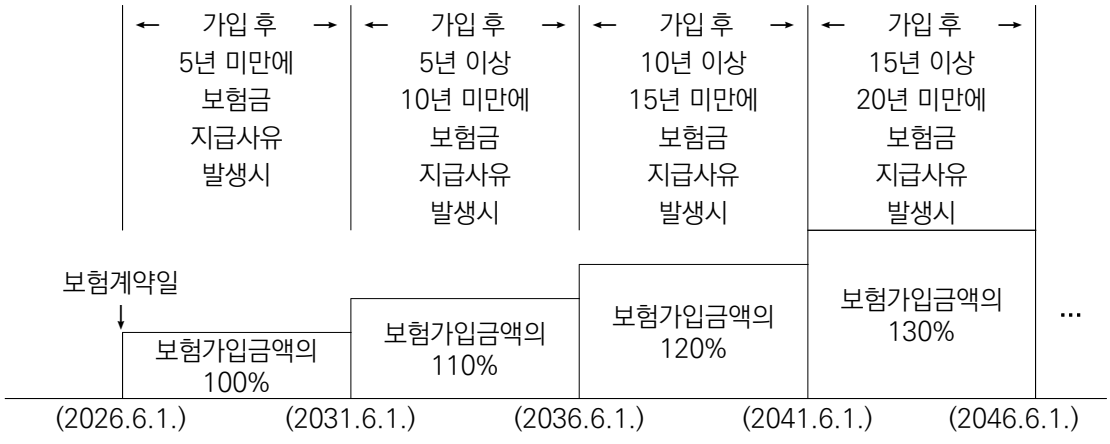
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-46. 질병상급종합병원입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 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.

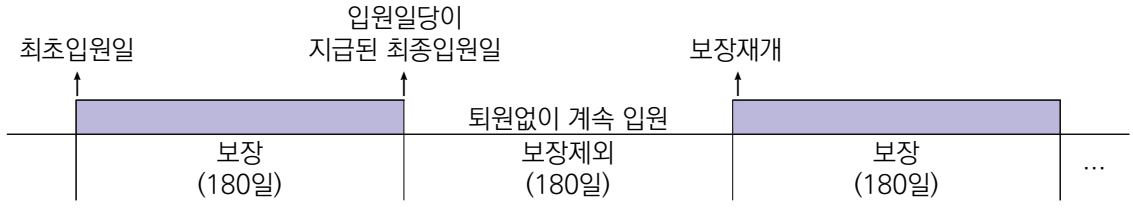
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 상급종합병원에 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병상급종합병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



② 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 질병상급종합병원입원일당을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병상급종합병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

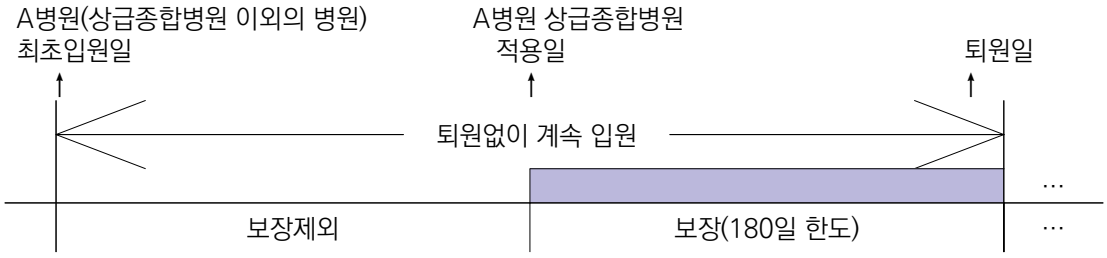
⑤ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 '상급종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 '상급종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉

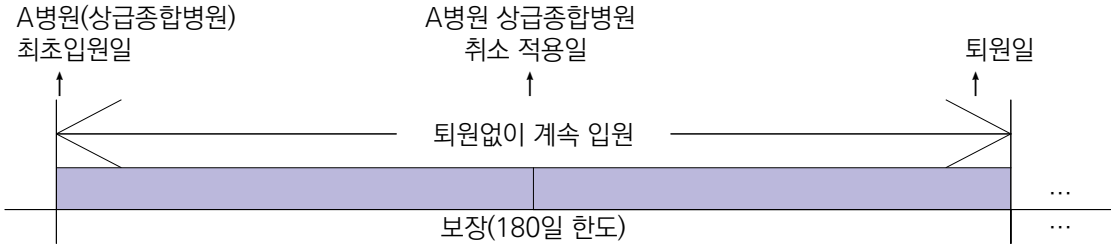
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑧ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-47. 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

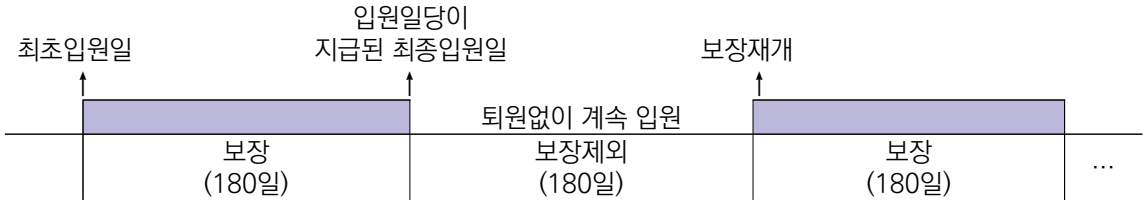
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 중환자실에 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 질병중환자실입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-48. 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 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.

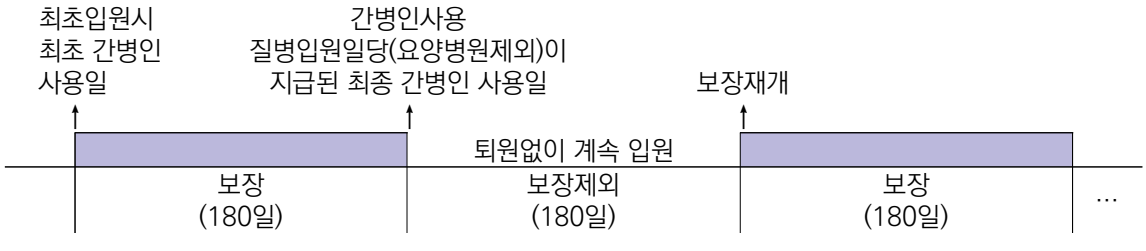
【보험금 지급 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 2026년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2026년 6월 10일 ~ 6월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2026년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 24일 오후, 6월 25일 오후 ~ 6월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원 (1일당 평균 7만원 미만에 해당)
  ⇒ 2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이, 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

⑤ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아

래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-49. 체증형 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분		지급금액
체증형 간병인사용 질병입원일당 (요양병원제외) (1일이상180일한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 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.

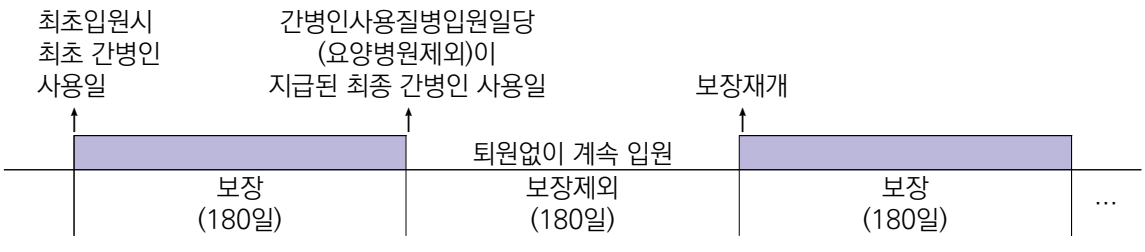
【보험금 지급 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 : 2027년 6월 1일 ~ 2027년 6월 30일 (30일)
· 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2027년 6월 10일 ~ 6월 17일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 88만원 (1일당 평균 7만원 이상에 해당)
  ⇒ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2027년 6월 20일 ~ 6월 24일 오전, 6월 24일 오후, 6월 25일 오후 ~ 6월 27일
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 42만원 (1일당 평균 7만원 미만에 해당)
  ⇒ 2만원 × 50% × 8일 = 8만원 지급
· 간병인 사용일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 총 지급금액
  ⇒ 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "질병의 직접적인 치료를 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.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이, 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



특별약관

④ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)를 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

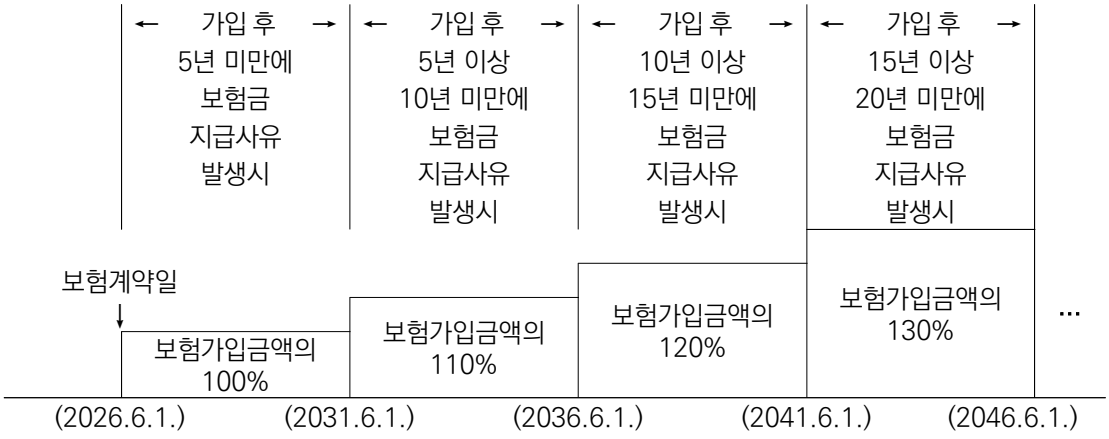
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일
· 1일당 평균 7만원 이상 해당시



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제

1조(보험금의 지급사유)의 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)는 지급하지 않습니다.

⑤ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

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·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-50. 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

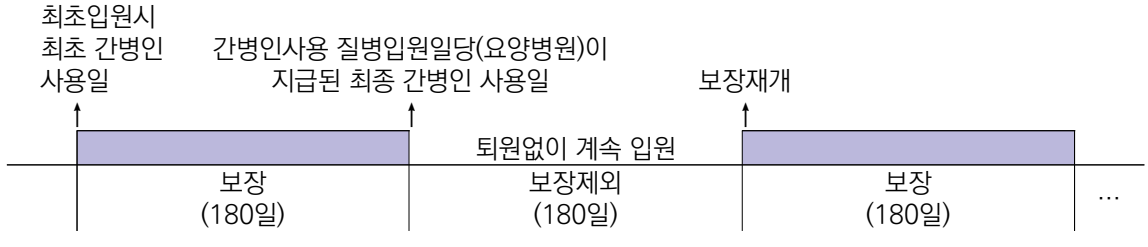
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이, 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니

다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

⑤ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“간병인”의 정의)

① 이 특별약관에서 “간병인”이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(“간호·간병통합서비스”의 정의)

이 특별약관에서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
   가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확

인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-51. 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

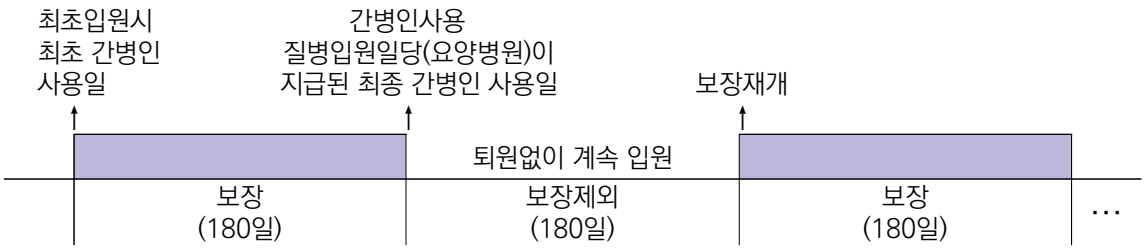
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
체증형 간병인사용질병입원일당 (요양병원)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이, 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)가 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



② 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)를 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)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.

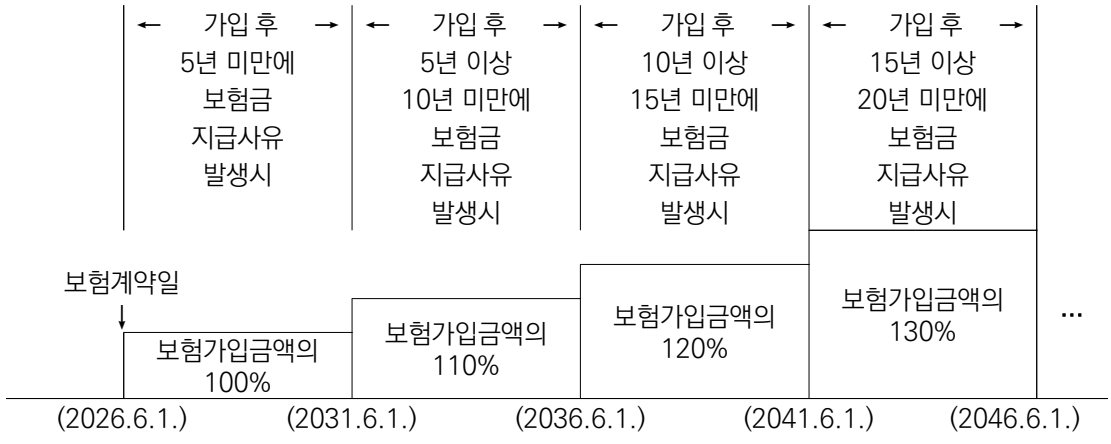
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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, 정신병원, 종합병원

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 체증형 간병인사용질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)는 지급하지 않습니다.

⑤ 가족을 간병인으로 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 가족의 범위는 배우자, 본인 및 배우자의 직계존비속으로 합니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간병인"의 정의)

① 이 특별약관에서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체(사업자 등록한 자가 본인이거나 가족인 경우는 제외)를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 가족을 간병인으로 사용한 경우는 제외합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인"등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간병인"의 정의)에서 정한 "간병인"을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 보험수익자는 아

래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함해야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

5. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-52. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

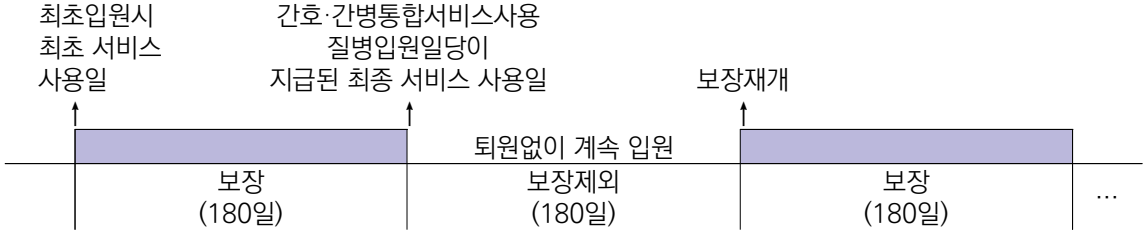
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-53. 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 한도로 합니다.

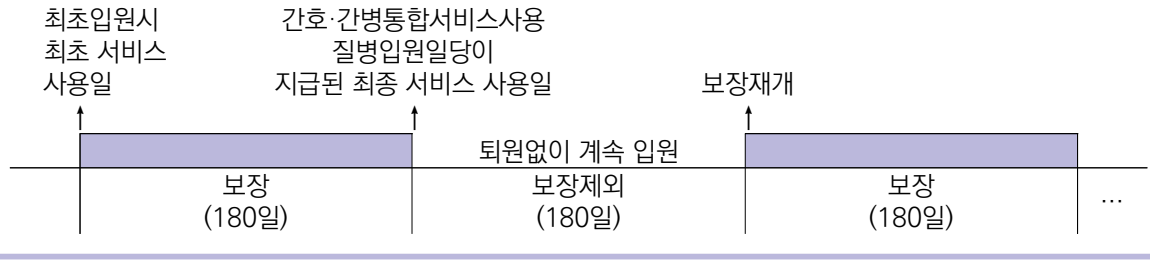
구 분	지급금액
체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 "질병의 직접적인 치료를 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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이, 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)가 지급된 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)가 지급된 최종 서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)를 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 체증형 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

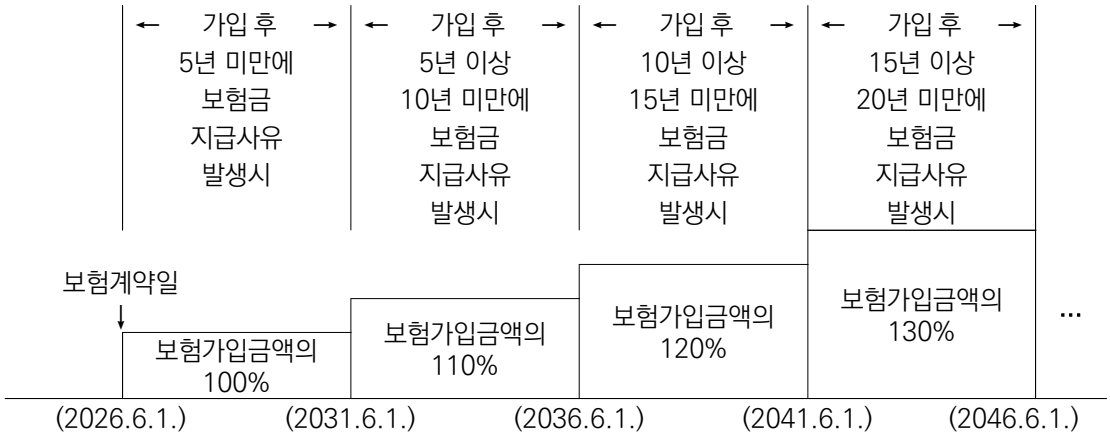
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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, 정신병원, 종합병원

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)

이 특별약관에서 "간호·간병통합서비스"라 함은 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)】

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 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 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"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 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사 · 치과의사 또는 한의사가 간호 · 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 제5조("간호·간병통합서비스"의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-54. 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원일당(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

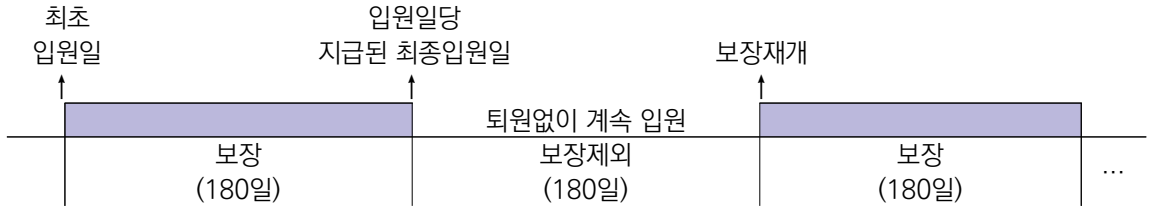
구 분	지급금액
암 입원시(1일이상 180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 입원시 (1일이상 180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 20%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원일당(요양병원제외)을 지급하며 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원일당(요양병원제외)을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 암직접치료입원일당(요양병원제외)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료입원일당(요양병원제외)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암", "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들

을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-55. 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 아래의 금액을 암입원일당(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

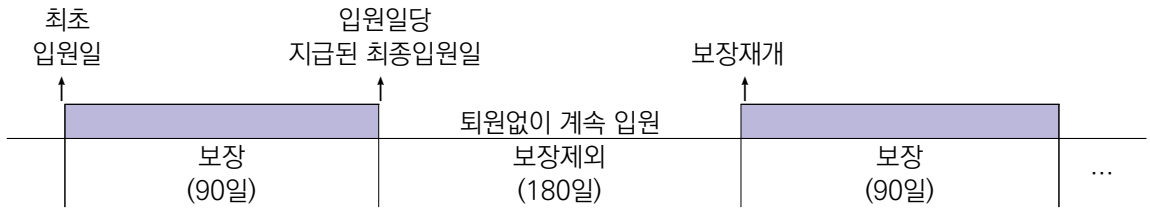
구 분	지급금액
암 입원시(1일이상 90일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 입원시 (1일이상 90일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 20%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 암입원일당(요양병원)을 지급하며 암입원일당(요양병원)이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암입원일당(요양병원)을 지급합니다.

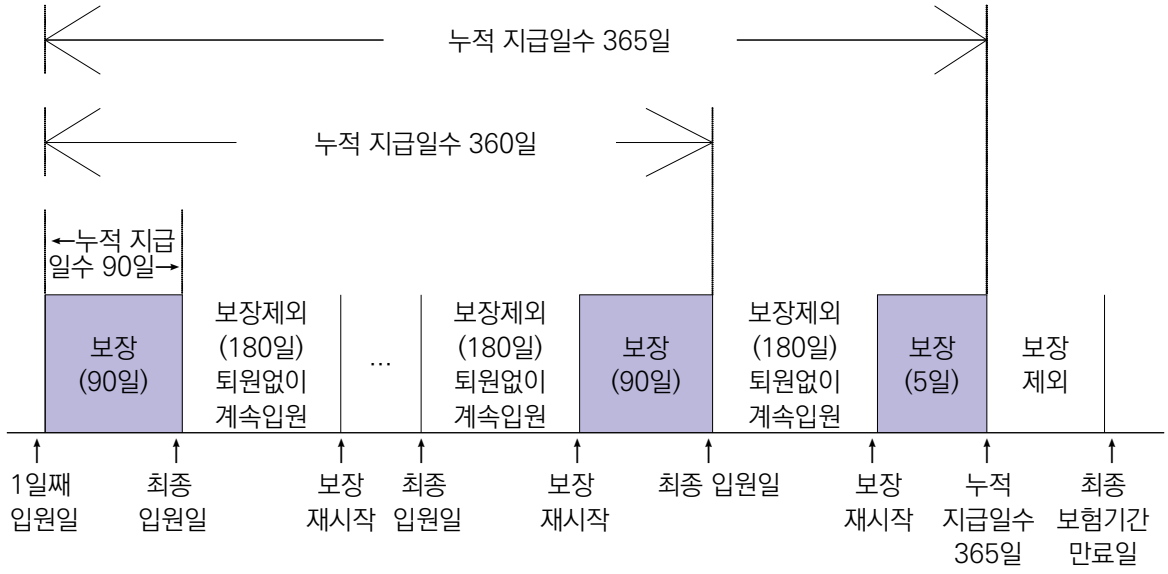
② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 암입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 제1항에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원인 경우, 이 특별약관의 보험계약일부터 지급된 암입원일당(요양병원)의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 인한 암입원일당(요양병원)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)이 완치된 이후에 해당 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)을 다시 진단받는 경우에는 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 보지 않습니다.

【예시】



※ 예시의 「…」은 보장기간(90일)과 보장제외(180일)가 반복되고 있음을 의미하며, 「최종입원일」은 암입원일당(요양병원)(1일이상 90일한도)이 지급된 최종입원일을 의미합니다.

④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)으로 인한 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 90일 한도로 암입원일당(요양병원)을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암입원일당(요양병원)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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ “암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-56. 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

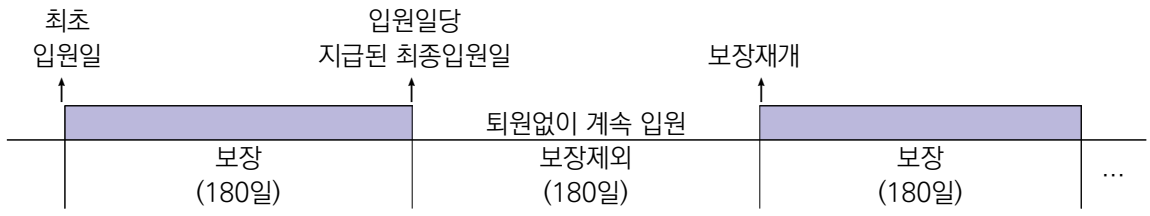
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 뇌혈관질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 뇌혈관질환으로 진단된 경우에는 이는 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 뇌혈관질환에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 뇌혈관질환입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망

하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 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

제5조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-57. 허혈성심장질환입원일당(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

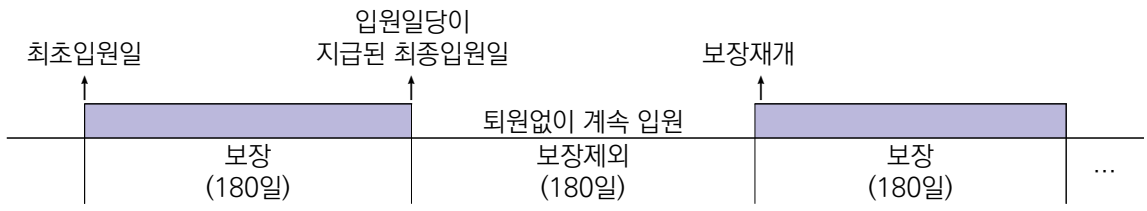
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 허혈성심장질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 허혈성심장질환으로 진단된 경우에는 이는 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 허혈성심장질환에 대한 입원이라도 허혈성심장질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 허혈성심장질환입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심장질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 허혈성심장질환입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈성심장질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 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 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는

경우에는 진단 확정이 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(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-58. 식중독입원일당(4일이상120일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

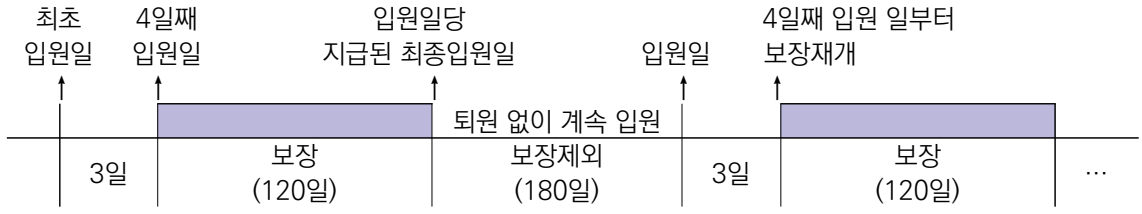
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 식중독으로 진단확정되고 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원한 경우에는 4일째 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 식중독으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 식중독의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 식중독을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 식중독의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 식중독으로 진단된 경우에는 이는 식중독의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 식중독입원일당이 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 식중독입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 식중독입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("식중독"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 "식중독 분류표"(【별표32】 식중독 분류표 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "식중독"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "식중독"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-59. 환경성질환입원일당(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

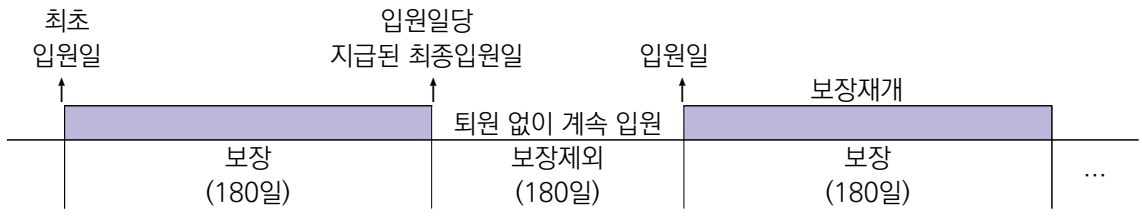
회사는 피보험자가 보험기간 중에 환경성질환으로 진단 확정되고, 그 환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일로부터 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 환경성질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 환경성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 환경성질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 환경성질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 환경성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 환경성질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 환경성질환으로 진단된 경우에는 이는 환경성질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 환경성질환에 대한 입원이라도 환경성질환입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 환경성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 환경성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 환경성질환입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 환경성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("환경성질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "환경성질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "환경성질환"(【별표33】 환경성질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "환경성질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "환경성질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-60. VDT증후군입원일당(1일이상120일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

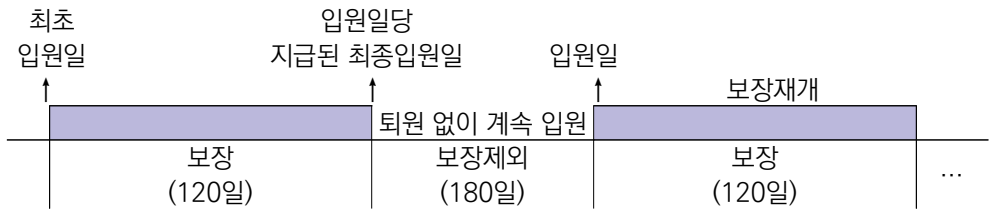
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 VDT증후군으로 진단 확정되고 그 VDT증후군의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 VDT증후군입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, VDT증후군입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "VDT증후군의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 VDT증후군으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, VDT증후군의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 VDT증후군을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 VDT증후군의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 VDT증후군으로 진단된 경우에는 이는 VDT증후군의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 VDT증후군의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 VDT증후군에 대한 입원이라도 VDT증후군입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, VDT증후군입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 VDT증후군입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 VDT증후군의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 VDT증후군입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 VDT증후군입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("VDT증후군"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "VDT증후군"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "VDT증후군"(【별표34】 VDT증후군 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "VDT증후군"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "VDT증후군"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-61. 희귀난치성질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

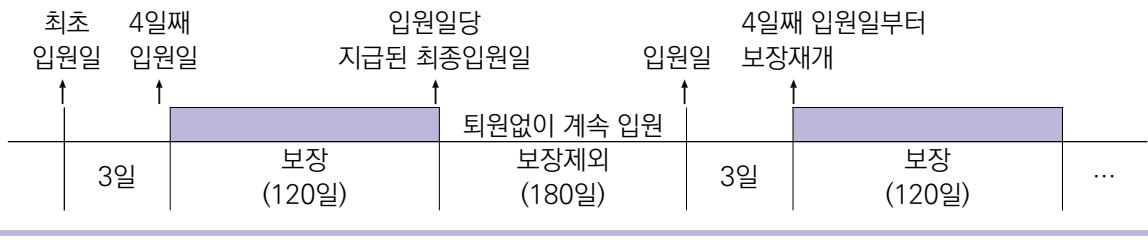
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 희귀난치성질환으로 진단확정되고 그 희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀난치성질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 희귀난치성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 희귀난치성질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 희귀난치성질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 희귀난치성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 희귀난치성질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 희귀난치성질환으로 진단된 경우에는 이는 희귀난치성질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 희귀난치성질환에 대한 입원이라도 희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 희귀난치성질환입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 희귀난치성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("희귀난치성질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "희귀난치성질환"이라 함은 "희귀난치성질환 분류표"(【별표35】 희귀난치성질환 분류표 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② "희귀난치성질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료

관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “희귀난치성질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-62. 특정감염병입원일당(1일이상30일한도)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

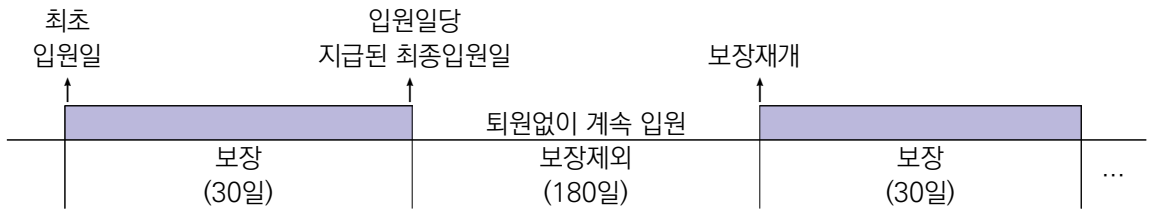
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정감염병으로 진단확정되고 그 특정감염병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정감염병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 특정감염병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "특정감염병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 특정감염병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 특정감염병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 특정감염병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 특정감염병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 특정감염병으로 진단된 경우에는 이는 특정감염병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 특정감염병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 특정감염병에 대한 입원이라도 특정감염병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 특정감염병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정감염병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 특정감염병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 특정감염병입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 특정감염병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정감염병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정감염병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정감염병"(【별표25】 특정감염병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정감염병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-63. 질병수술입원일당(1일이상10일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 수술 입원당 10일을 한도로 합니다.

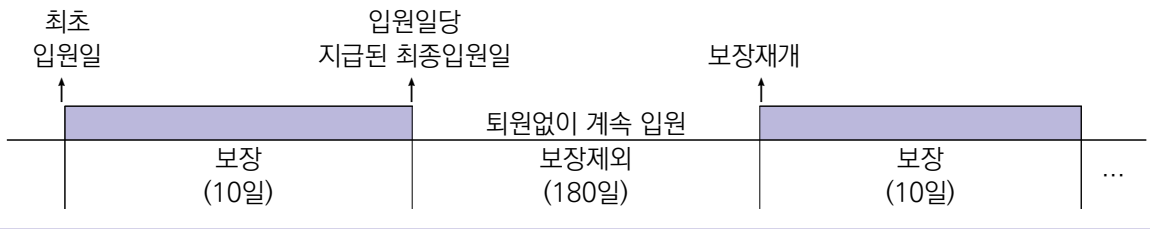
1. 질병의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 직접결과로써 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 "수술입원"으로 보아 새로운 입원일부터 입원1 일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 "수술입원"한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

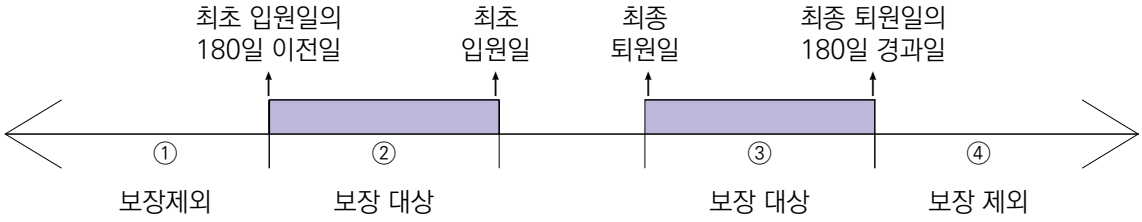
④ 피보험자가 보장개시일 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 "수술입원"기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 10일 한도로 질병수술입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술입원일당을 제1항 내지 제3항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일이내

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

〈보상예시〉
수술이 입원기간 동안 시행되지 않을 경우 보상 기준



① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~ N98)

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.

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)

⑤ 회사는 다음 각 호의 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, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-64. 질병수술입원일당(1일이상120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

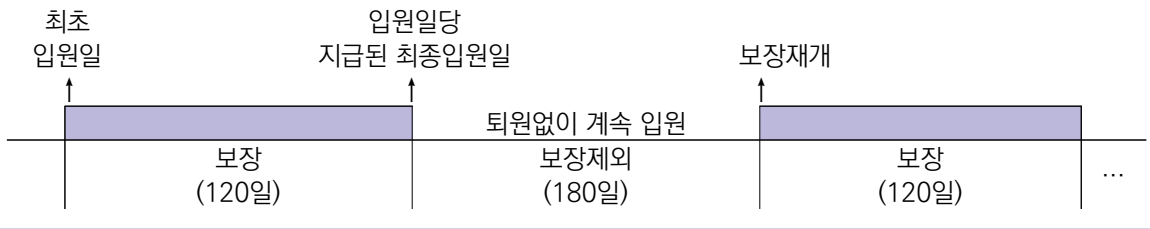
1. 질병의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 직접결과로써 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "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.

② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 "수술입원"으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 "수술입원"으로 보아 새로운 입원일부터 입원1 일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 "수술입원"한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

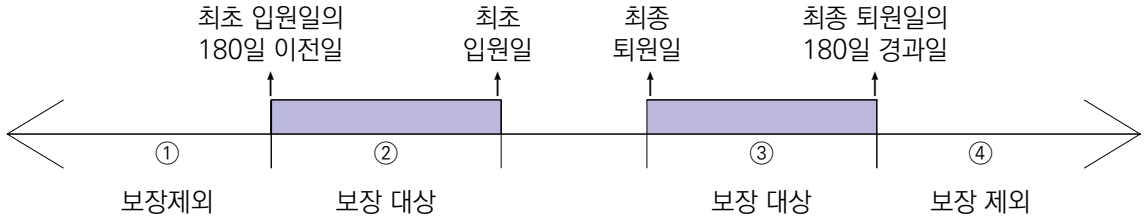
④ 피보험자가 보장개시일 이후 "수술입원"하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 "수술입원"기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 질병수술입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술입원일당을 제1항 내지 제3항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일이내

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

〈보상예시〉
수술이 입원기간 동안 시행되지 않을 경우 보상 기준



① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원일당을 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~ N98)

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.

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)

⑤ 회사는 다음 각 호의 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, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-65. 질병수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

   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.

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 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선

목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-66. 질병수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

   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.

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 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선

목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-67. 체증형 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 체증형 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 체증형 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 체증형 질병수술비를 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.

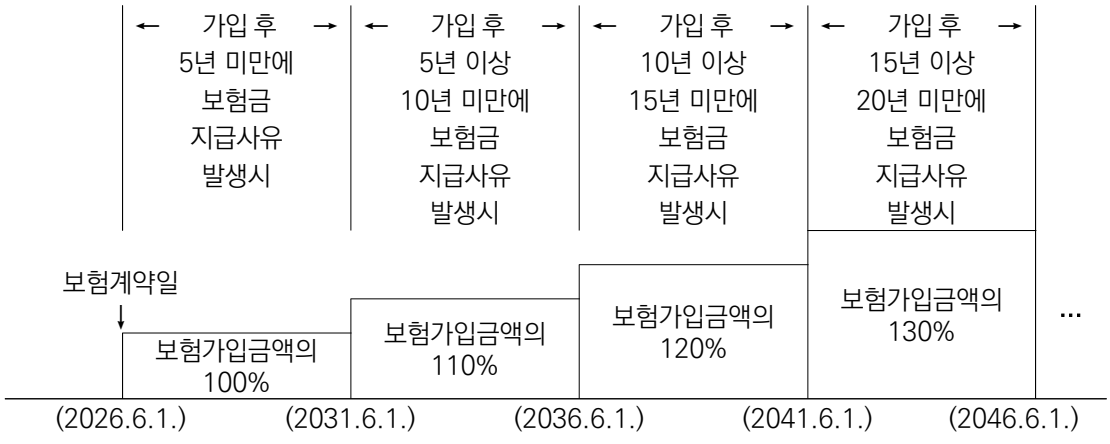
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

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.

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 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-68. 질병수술비(백내장및대장용종제외)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(백내장 및 대장용종 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(백내장및대장용종제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장및대장용종제외)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비(백내장및대장용종제외)를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~ N98)

   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.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
9. 백내장(H25 ~ H27)
10. 대장의 용종(폴립) 또는 대장의 양성신생물(K63.5, D12.0~D12.8)

③ 회사는 다음 각 호의 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, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순

포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-69. 체증형 질병수술비(백내장및대장용종제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(백내장 및 대장용종 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 체증형 질병수술비(백내장및대장용종제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
체증형 질병수술비(백내장및대장용종제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(백내장및대장용종제외)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비(백내장및대장용종제외)를 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.

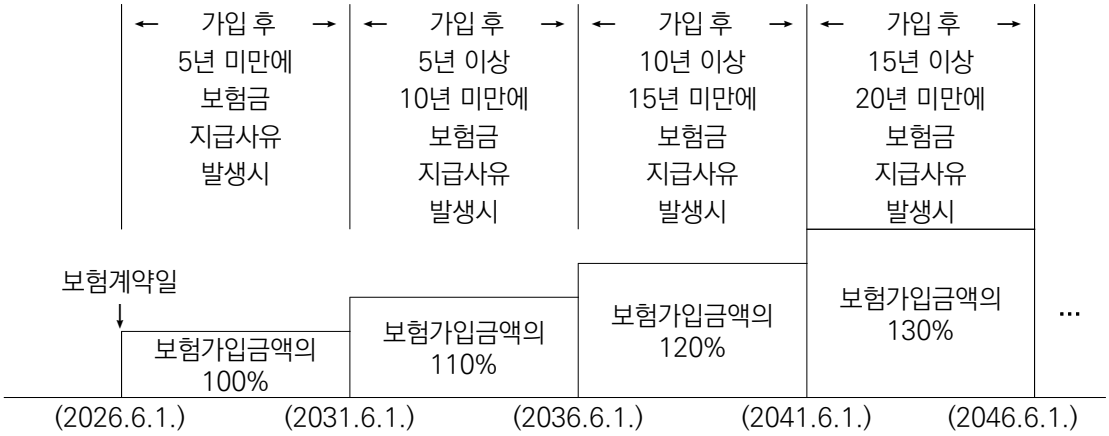
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~ N98)

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.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
9. 백내장(H25 ~ H27)
10. 대장의 용종(폴립) 또는 대장의 양성신생물(K63.5, D12.0~D12.8)

③ 회사는 다음 각 호의 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, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-70. 질병수술비(1~8종)(연간1회한) 특별약관

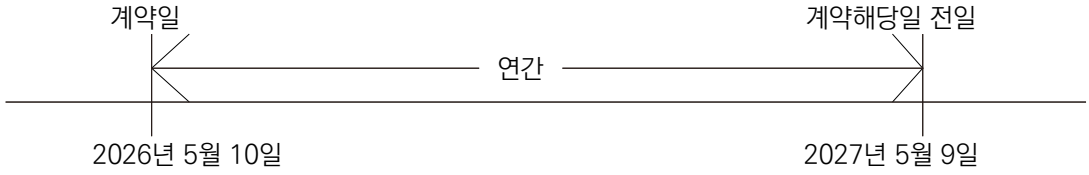
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 질병 1~8종 수술비(시술포함)(이하 「질병 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)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.

수술종류	지급금액
1종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(1종)의 보험가입금액
2종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(2종)의 보험가입금액
3종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(3종)의 보험가입금액
4종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(4종)의 보험가입금액
5종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(5종)의 보험가입금액
6종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(6종)의 보험가입금액
7종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(7종)의 보험가입금액
8종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(8종)의 보험가입금액

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

【연간에 대한 예시】



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 【별표43】 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 질병 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단

서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제4조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시안내 】

자동차보험 또는 산재보험 등「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

· 진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)

· 의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 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 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

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.

3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는【별표43】1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제4조 (수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의

사」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 【별표43】『1~8종 수술 및 시술 분류표』에서 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.

【KDRG(Korean Diagnosis Related Group)】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「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 【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 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 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

> **【급여수가코드】**
> 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-71. 질병수술비(1~8종)(연간1회한)(갱신형) 특별약관

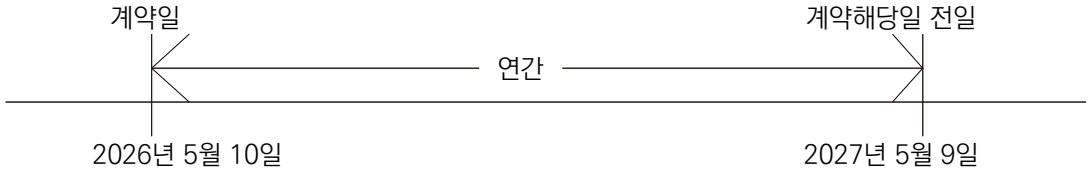
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 질병 1~8종 수술비(시술포함)(이하 「질병 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)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.

수술종류	지급금액
1종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(1종)의 보험가입금액
2종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(2종)의 보험가입금액
3종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(3종)의 보험가입금액
4종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(4종)의 보험가입금액
5종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(5종)의 보험가입금액
6종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(6종)의 보험가입금액
7종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(7종)의 보험가입금액
8종	질병수술비(1~8종)(연간1회한)(8종)의 보험가입금액

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

【연간에 대한 예시】



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【유의사항】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 【별표43】 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 질병 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단

서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제4조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시안내 】

자동차보험 또는 산재보험 등「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

· 진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)

· 의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 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 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

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.

3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는【별표43】1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제4조 (수술 및 시술의 정의)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의

사」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 【별표43】『1~8종 수술 및 시술 분류표』에서 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.

【KDRG(Korean Diagnosis Related Group)】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「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 【별표43】 1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【유의사항】

- 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 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함))), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

> **【급여수가코드】**
> 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-72. 암수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

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.



【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

② 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-73. 암수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

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.



【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

② 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-74. 체증형 암수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 체증형 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액
제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 20%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

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.

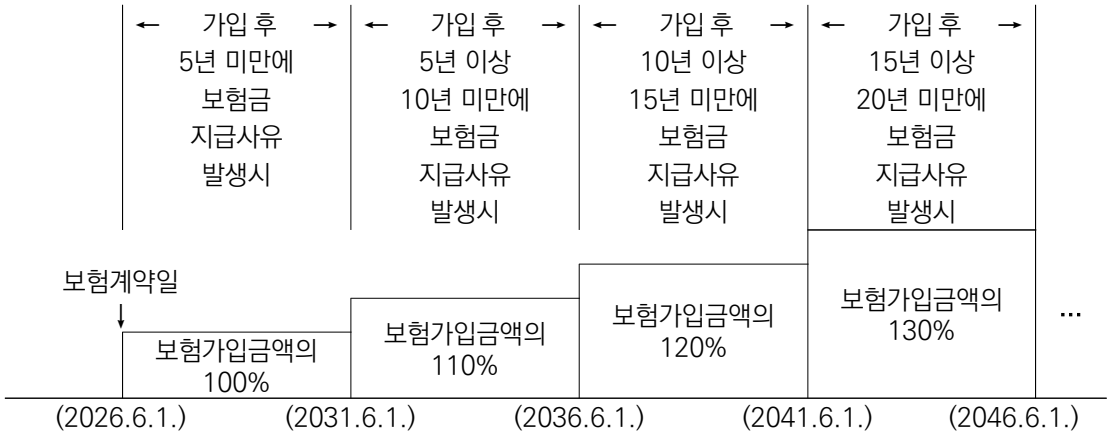
【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【지급금액 예시】

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 6월 1일



② 항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술보험금이 지급되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료"등의 정의)

① 이 특별약관에서"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-75. 뇌혈관질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-76. 뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-77. 허혈성심장질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 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 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 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("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-78. 조혈모세포이식수술비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("조혈모세포이식수술"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "조혈모세포이식수술"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologus)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-79. 특정5대질병수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정5대질병으로 진단확정되고 그 특정5대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 특정5대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
4대질병수술비	이 특별약관 보험가입금액의 300%
치핵수술비	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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정5대질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정5대질병"이라 함은 제2항에서 정한 "4대질병" 및 제3항에서 정한 "치핵"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "4대질병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "4대질병"(【별표37】 4대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "치핵"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "치핵"(【별표38】 치핵 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ "특정5대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-80. 다발성15대질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다발성15대질병으로 진단확정되고 그 다발성15대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 다발성질병수술비(15대질병)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제5조("수술"의 정의와 장소) 제4항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("다발성15대질병"의 정의 및 진단확정)

① "다발성15대질병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "다발성15대질병"(【별표39】 다발성15대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "다발성15대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 허혈심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-81. 충수염(맹장염)수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 충수염(맹장염)으로 진단확정되고 그 충수염(맹장염)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염)수술비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("충수염(맹장염)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "충수염(맹장염)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "충수염(맹장염)"(【별표40】 충수염(맹장염) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "충수염(맹장염)"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 충수염(맹장염)수술비(최초1회한)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-82. 시청각질환수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 시청각질환으로 진단확정되고 그 시청각질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제5조("수술"의 정의와 장소) 제4항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("시청각질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "시청각질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "시청각질환"(【별표41】 시청각질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "시청각질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-83. 시청각질환수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 시청각질환으로 진단확정되고 그 시청각질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제5조("수술"의 정의와 장소) 제4항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("시청각질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "시청각질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "시청각질환"(【별표41】 시청각질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "시청각질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-84. 호흡기관련질병수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 호흡기관련질병으로 진단확정되고 그 호흡기관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("호흡기관련질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "호흡기관련질병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "호흡기관련질병"(【별표42】 호흡기관련질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "호흡기관련질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-85. 희귀난치성질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 희귀난치성질환으로 진단확정되고 그 희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀난치성질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("희귀난치성질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "희귀난치성질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "희귀난치성질환"(【별표35】 희귀난치성질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "희귀난치성질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-86. 암직접치료통원비(상급종합병원)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비(상급종합병원)의 지급횟수는 각 보장의 통원당 1일 1회에 한합니다.

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.



【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

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일 부터 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원)에 따라 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원지정)】

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.

제7조(법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① 제6조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정 기준이 의료법 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관 내용에 상응하는 “상급종합병원 통원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 제6조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조(“통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하“의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-87. 암직접치료통원비(상급종합병원제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원 이외의 병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원비(상급종합병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비(상급종합병원제외)의 지급횟수는 각 보장의 통원당 1일 1회에 한합니다.

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.



【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

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원제외)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 부터 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(상급종합병원제외)에 따라 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회 (향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다.](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원지정)】

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.

제7조(법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① 제6조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정 기준이 의료법 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관 내용에 상응하는 “상급종합병원 통원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 제6조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조(“통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하“의사”라 합니다)가 피보험자의 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-88. 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

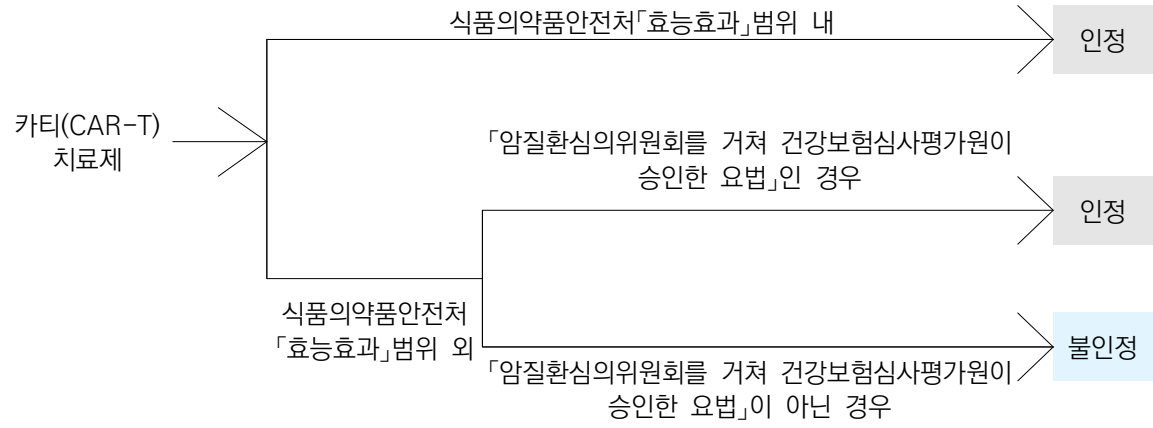
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 카티(CAR-T) 보장 대상 암으로 진단확정되고, 그 암의 치료를 목적으로 "카티항암약물허가치료"를 받은 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

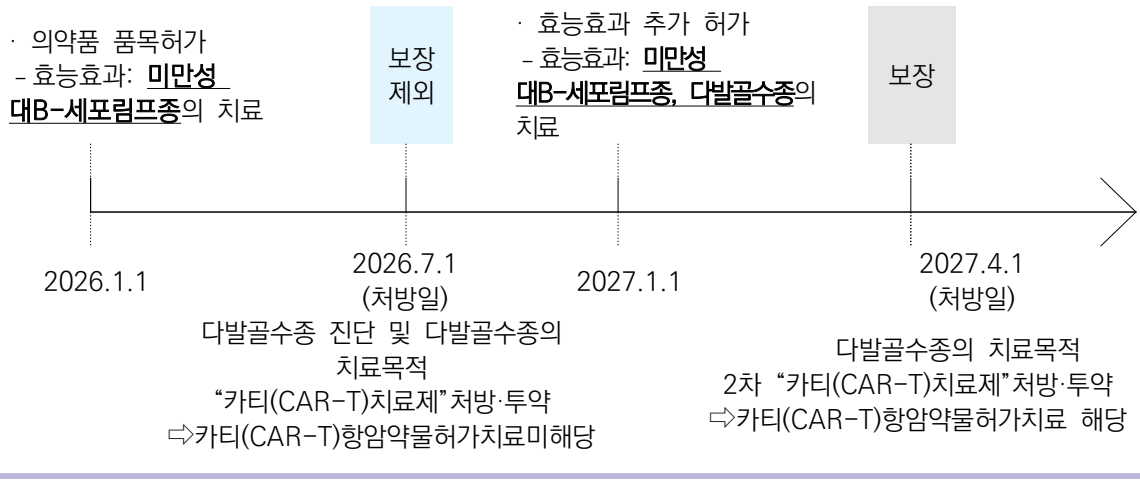
① 제1조(보험금의 지급사유)의 카티항암약물허가치료비는 "카티(Chimeric antigen receptor-T)치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【카티(CAR-T)치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

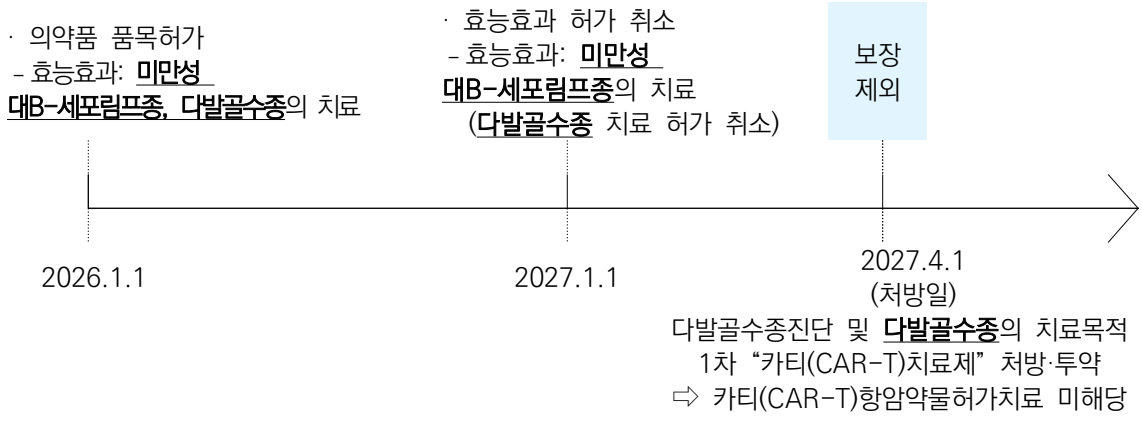


② 제1조(보험금의 지급사유)의 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 카티(CAR-T)치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("카티(CAR-T) 보장 대상 암" 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "카티(CAR-T)보장 대상이 되는 악성신생물"(【별표51】 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 단, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병은 제외합니다.

② "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("카티(CAR-T)치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "카티(CAR-T)치료제"란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

【 카티(CAR-T)치료제 】

카티(CAR-T)치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 】

카티(CAR-T)치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 카티(CAR-T)치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표52】카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"라 함은 함은 제6조(항암약물치료의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【암질환심의위원회 (중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방

- 투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(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 카티(CAR-T)치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조(“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료(항암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료)진단서 또는 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 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

> **【계약자적립액】**
> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-89. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암 또는 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

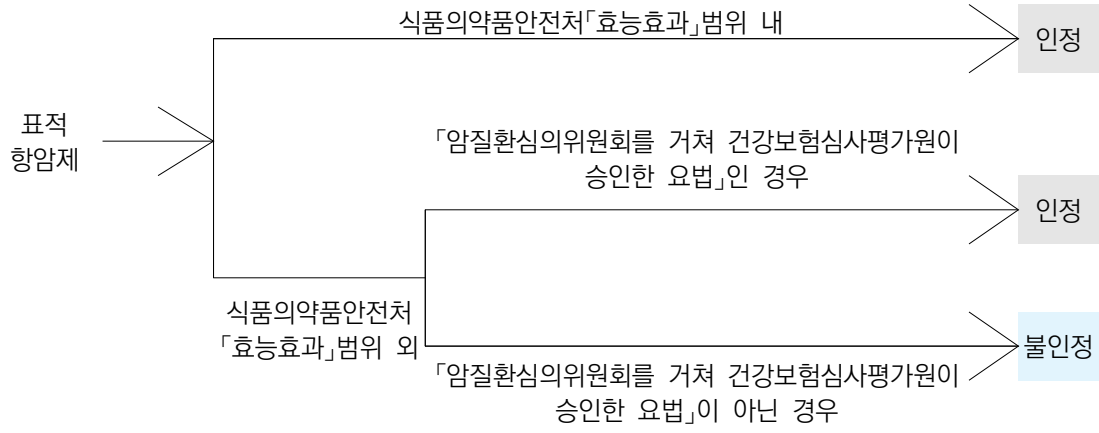
【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

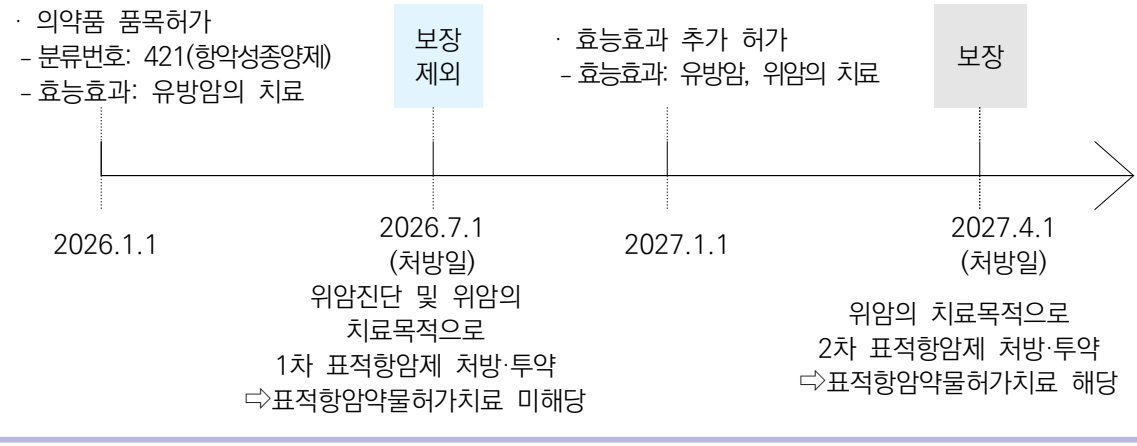
① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

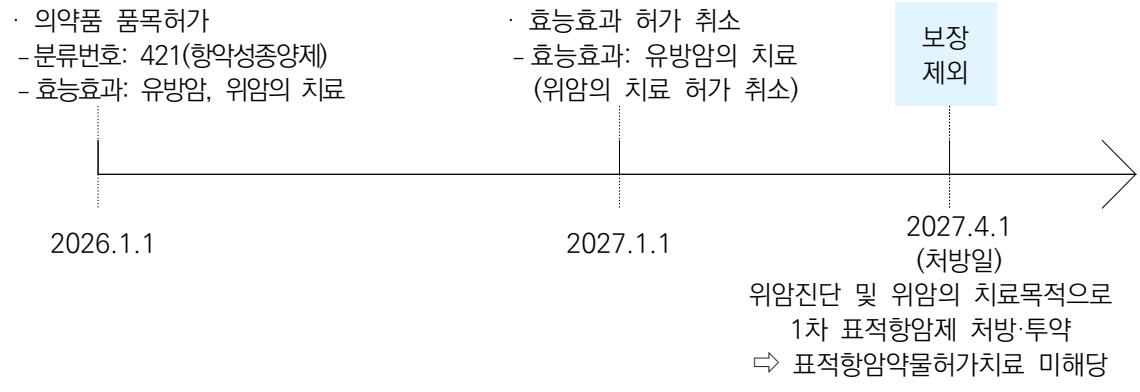


② 제1조(보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시】: 의약품의 효능효과 추가 허가



【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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("표적항암제 및 표적항암약물허가치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "표적항암제"란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 "421(항악성종양제)"(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 "항악성종양제"에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표29】표적항암제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 제6조("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 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 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「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 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료(항암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료)진단서 또는 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 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-90. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암양성자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("항암양성자방사선치료", "항암방사선치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제2항에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 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.

【항암양성자방사선치료란?】

항암양성자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 적은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

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

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 항암양성자방사선치료비를 "암", "기타피부암", "갑상선암" 구분 없이 최초1회 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-91. 항암세기조절방사선치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암세기조절방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조("항암세기조절방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서"항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 제6조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 "항암방사선치료" 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【세기조절방사선치료법】

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

제6조("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

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

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 항암방사선(세기조절)치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-92. 항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 피보험자가 암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급받은 이후에는 기타피부암 또는 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급하지 않습니다.

구 분	지급금액
암 치료시 (최초 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암 치료시 (각각 최초 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 20%

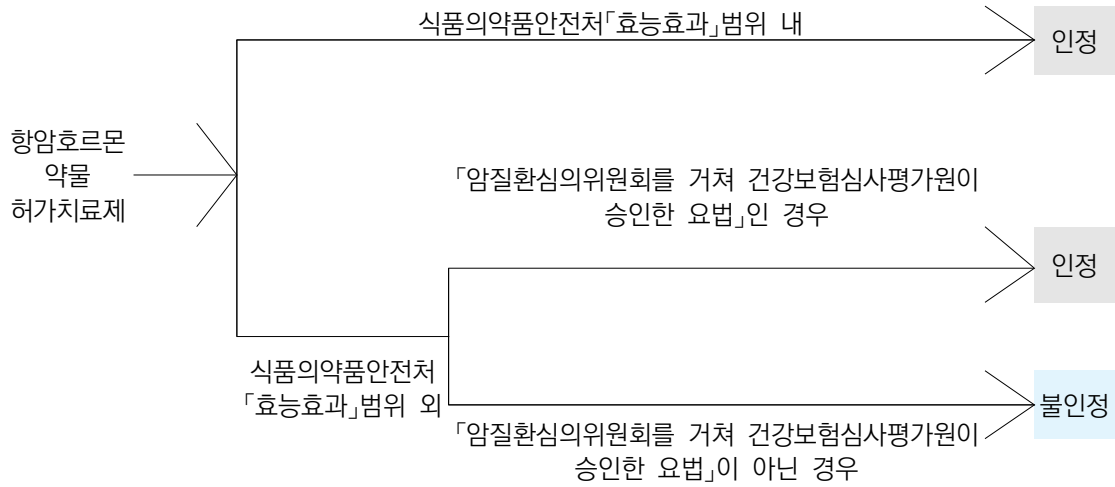
【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

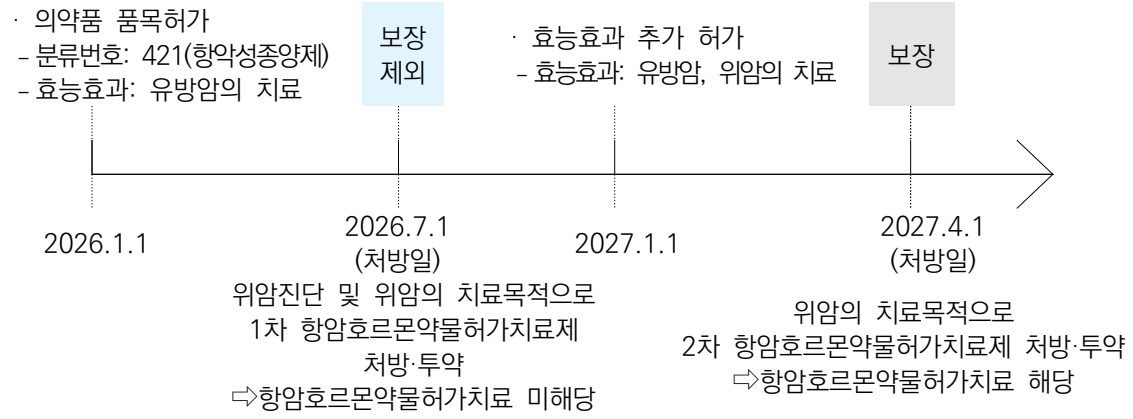
① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료비는 "항암호르몬약물허가치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【항암호르몬약물허가치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

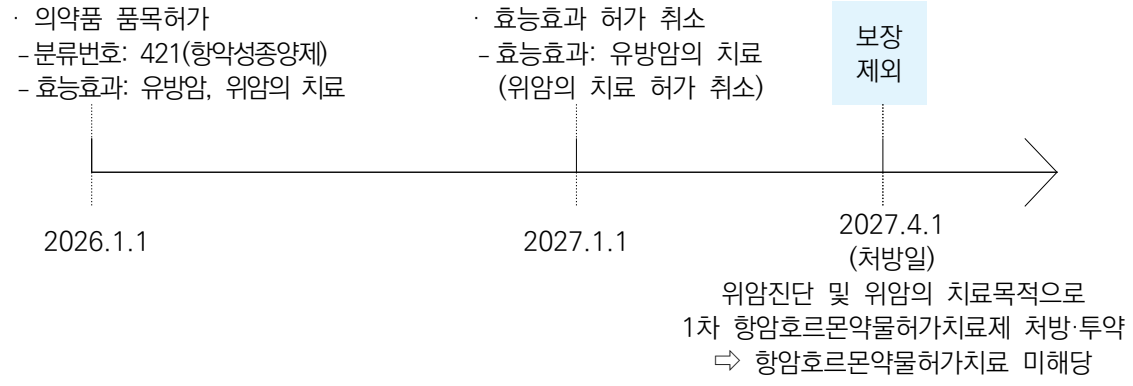


② 제1조(보험금의 지급사유)의 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 항암호르몬약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("항암호르몬약물허가치료제" 및 "항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시】 : 의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시】 : 의약품의 효능효과 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검

사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“항암호르몬약물허가치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "항암호르몬약물허가치료제"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 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표58】항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "항암호르몬약물허가치료"라 함은 제6조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제"를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「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 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암호르몬약물허가치료비(단, 기타피부암의 항암호르몬약물허가치료비, 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료비를 지급한 경우는 제외합니다)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
   이하의 내용이 포함되어야 합니다.
   1) 진단명
   2) 투약한 약제의 제품명
   3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

나. 입원처방조에의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-93. 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 갑상선암으로 진단확정되고 그 갑상선암의 치료를 목적으로 수술 후 갑상선암수술후호르몬약물허가치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암수술후호르몬약물허가치료비 (최초 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 갑상선암으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로 갑상선암 호르몬치료제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조("갑상선암수술후호르몬약물허가치료"등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

② "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“갑상선암수술후호르몬약물허가치료”등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "갑상선암호르몬치료제"란 피보험자의 “갑상선암” 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 약제를 말하며, 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 “243(갑상선, 부갑상선호르몬제”)(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 “갑상선, 부갑상선호르몬제”에 준하는 분류번호)으로 분류되는 의약품 중 갑상선암 호르몬 약제를 말합니다. 다만, “항암약물치료”는 해당되지 않습니다.

【갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선암 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표59】갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 "갑상선암수술후호르몬약물허가치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 갑상선암 수술 후 치료 또는 재발 억제 등의 목적으로 제1항에서 정한 “갑상선암 호르몬치료제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 식품의약품안전처에서 허가된“효능효과”범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 의약품 검색

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제6조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

제7조("항암방사선치료" 등의 정의)

① 이 특별약관에서"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료 증명서
   가. 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (1) 진단명, 진단일자
      (2) 수술명, 수술일자
      (3) 투약한 약제의 제품명
      (4) 갑상선 호르몬치료제 처방여부, 처방기간
      (5) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (6) 처방목적(갑상선암 수술후 기능부전 또는 재발 억제 관련성 유무)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-94. 중증갑상선암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중증갑상선암으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증갑상선암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 중증갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조("중증갑상선암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "갑상선암(초기제외)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "갑상선암"(【별표72】 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, "초기갑상선암"은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "중증갑상선암"이라 함은 제1항의 "갑상선암" 중에서 "갑상선수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제2항의 "중증갑상선암"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

④ "중증갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-95. 3대질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 3대질병(“암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”)으로 진단확정되고 그 3대질병(“암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”)으로 인해 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 “수술동반입원”이라 합니다)하여 치료받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 3대질병수술입원일당(이하 “수술입원일당”이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

1. 3대질병(“암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”)의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 3대질병(“암”, “뇌혈관질환” 또는 “허혈성심장질환”)의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항의 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

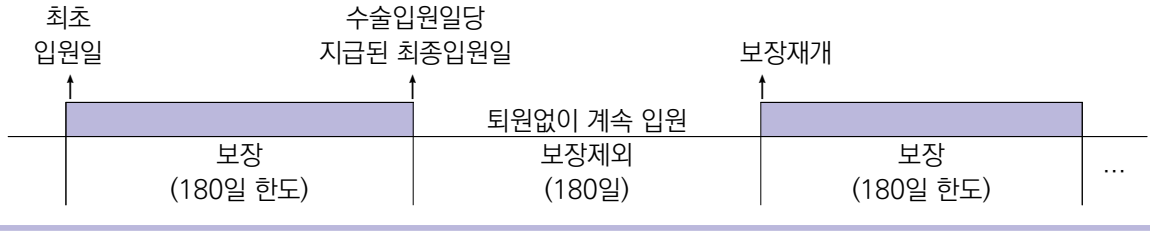
※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 수술동반입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 수술동반입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



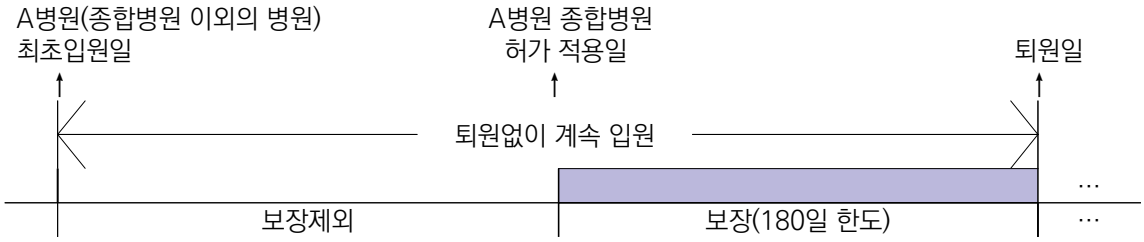
③ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 ‘종합병원 이외의 병원’에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

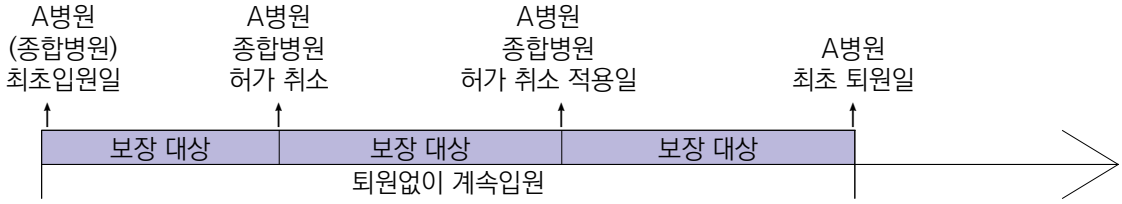
〈보상예시〉
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 종합병원이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조("입원"의 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 등에서 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제2항에 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "3대질병의 치료를 직접적인 목적"으로 하는 입원이란 의사에 의해 진단이 확정된 3대질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 3대질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 3대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "3대질병의 치료를 직접적인 목적"으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 진단 확정된 3대질병의 경우에는 동일한 "3대질병의 치료를 목적으로 한 입원"으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

〈입원의 기준〉

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미합니다.
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 합니다.
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조("암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암

(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암) 분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암) 분류표 중분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제7조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "뇌혈관질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 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

제8조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "허혈성심장질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는

경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 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

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-96. 136대질병수술비(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 136대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 136대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
17대질병 수술비	17대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
14대질병Ⅱ 수술비	14대질병Ⅱ 수술비 보장 보험가입금액의 100%
26대질병 수술비	26대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
40대질병 수술비	40대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
38대질병 수술비	38대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
치핵 수술비	치핵 수술비 보장 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제4조("수술"의 정의와 장소) 제4항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("136대질병"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "136대질병"이라 함은 "17대질병", "14대질병Ⅱ", "26대질병", "40대질병", "38대질병" 및 "치핵"을 총칭합니다.

② 제1항의 "17대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "17대질병"(【별표73】 17대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "14대질병Ⅱ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "14대질병Ⅱ"(【별표74】 14대질병Ⅱ 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "26대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "26대질병"(【별표75】 26대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 "40대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "40대질병"(【별표76】 40대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 제1항의 "38대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "38대질병"(【별표77】 38대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ 제1항의 "치핵"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "치핵"(【별표38】 치핵 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑧ "136대질병"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 허혈심장질환

의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

> **【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】**
> - 체외 충격파 쇄석술
> - 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
> - 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
> - 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
> - 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
> - 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
> - 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
> - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
> - 추간판 관련 경막외 신경차단술
> - 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
> - 기타 이와 유사한 시술
>
> ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서, 입원확인서, 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-97. 136대질병수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 136대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 136대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
17대질병 수술비	17대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
14대질병Ⅱ 수술비	14대질병Ⅱ 수술비 보장 보험가입금액의 100%
26대질병 수술비	26대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
40대질병 수술비	40대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
38대질병 수술비	38대질병 수술비 보장 보험가입금액의 100%
치핵 수술비	치핵 수술비 보장 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 제4조("수술"의 정의와 장소) 제4항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("136대질병"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "136대질병"이라 함은 "17대질병", "14대질병Ⅱ", "26대질병", "40대질병", "38대질병" 및 "치핵"을 총칭합니다.

② 제1항의 "17대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "17대질병"(【별표73】 17대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "14대질병Ⅱ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "14대질병Ⅱ"(【별표74】 14대질병Ⅱ 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "26대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "26대질병"(【별표75】 26대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 "40대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "40대질병"(【별표76】 40대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 제1항의 "38대질병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "38대질병"(【별표77】 38대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ 제1항의 "치핵"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "치핵"(【별표38】 치핵 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑧ "136대질병"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 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 허혈심장질환

의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서, 입원확인서, 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-98. 대상포진진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대상포진으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 대상포진을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조("대상포진"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "대상포진"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "대상포진"(【별표78】 대상포진 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "대상포진"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-99. 대상포진눈병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대상포진눈병으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 대상포진눈병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조("대상포진눈병"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "대상포진눈병"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "대상포진눈병"(【별표 79】 대상포진눈병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "대상포진눈병"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "대상포진눈병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-100. 말기암호스피스입원치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, "말기환자"를 대상으로 하는 "호스피스· 완화의료"치료를 목적으로 피보험자 본인이 "호스피스전문기관"의 완화의료병동에 입원한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기암호스피스입원치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보상하지 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("말기환자", "호스피스전문기관" 및 "호스피스· 완화의료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "말기환자"라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 따라 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 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "호스피스전문기관"이란 「호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 의해서 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "호스피스·완화의료"란 「호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제6호에 따라 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1 ~ 2. (생 략)

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 ~ 5. (생 략)

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

(이하 생략)

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)】

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하“호스피스전문기관”이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스 사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(“입원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 제1항의 "의료기관"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스입원치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-101. 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원병실(2-3인실)에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

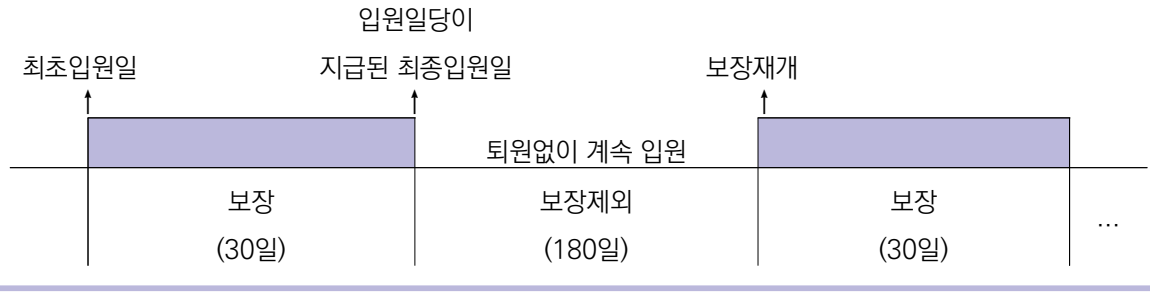
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원(2-3인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 병실(2-3인실)에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 다른 상급종합병원 병실(2-3인실)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당을 계속 지급합니다.

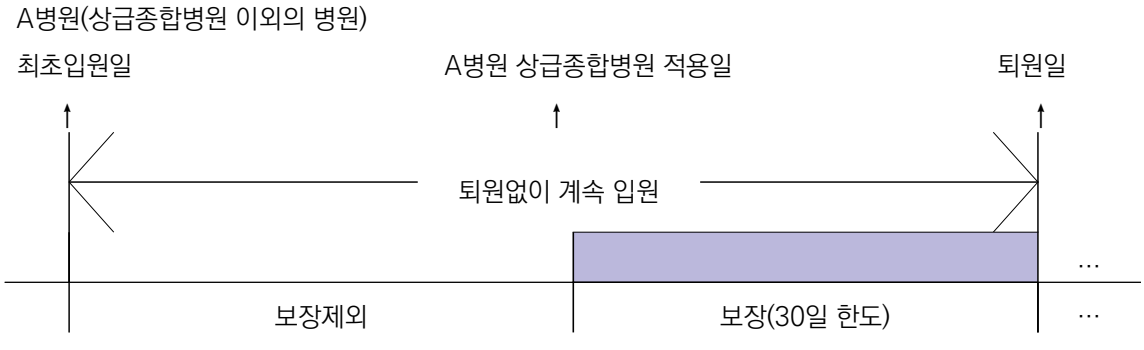
⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 "상급종합병원 병실(2-3인실) 이외의 병실"에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실에 입원하여 치료를 받던 중 "상급종합병원 병실(2-3인실) 이외의 병실"로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원 병실(2-3인실)의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

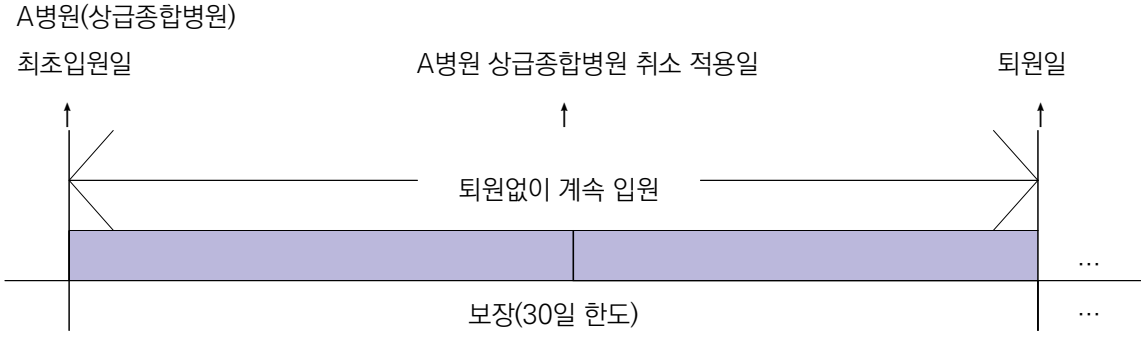
⑨ 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원의 병실(2-3인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑩ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-102. 상급종합병원질병수술비(경증질환제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(경증질환제외)의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원질병수술비(경증질환제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정에서 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상급종합병원질병수술비(경증질환제외)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원질병수술비(경증질환제외)를 지급합니다. 여기서 같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

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.

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. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 결막염(H10), 바이러스성 결막염(B30), 티눈 및 굳은살(L84), 외이염(H60), 귀통증 및 귀의 삼출액(H92), 결막의 기타 장애(H11)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 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 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-103. 질병수술비(1~5종)Ⅲ(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병을 직접적인 원인으로 "1~5종수술Ⅲ 분류표"(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(1종)의 보험가입금액
2종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(2종)의 보험가입금액
3종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(3종)의 보험가입금액
4종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(4종)의 보험가입금액
5종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(5종)의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 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·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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-104. 질병수술비(1~5종)Ⅲ(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병을 직접적인 원인으로 "1~5종수술Ⅲ 분류표"(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정하는 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

수술종류	지급금액
1종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(1종)의 보험가입금액
2종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(2종)의 보험가입금액
3종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(3종)의 보험가입금액
4종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(4종)의 보험가입금액
5종	질병수술비(1~5종)Ⅲ(5종)의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 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·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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-105. 순환계질환수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 순환계질환으로 진단 확정되고 그 순환계질환으로 인하여 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 "수술동반입원"이라 합니다)하여 치료받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 순환계질환수술입원일당(이하 "수술입원일당"이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

1. 순환계질환의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 순환계질환의 치료를 직접적인 목적으로 제5조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 순환계질환의 치료를 목적으로 합니다.

구 분	지급금액
순환계질환수술입원일당 (종합병원)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

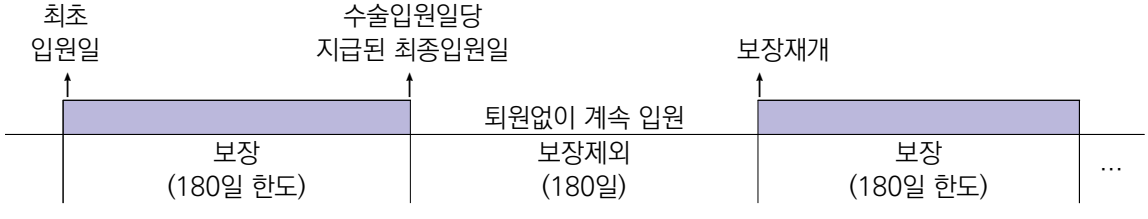
※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 순환계질환의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 동일한 순환계질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 순환계질환에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 수술동반입원으로 보아 새로운 입원일부터 수술동반입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



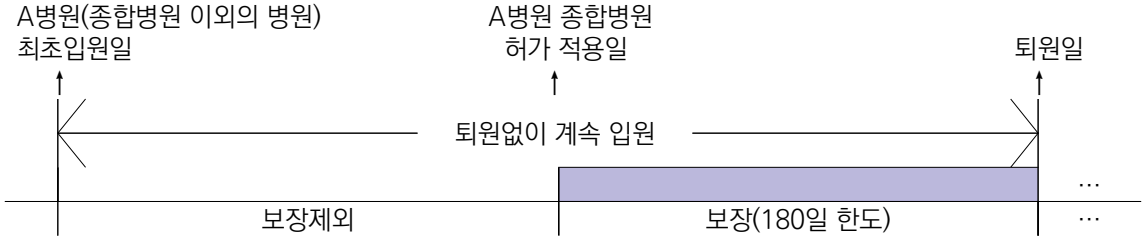
③ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

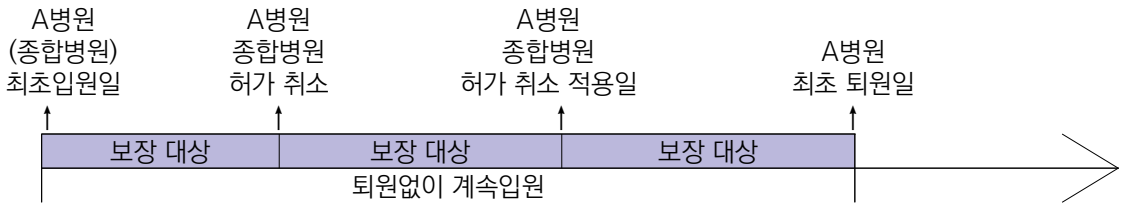
〈보상예시〉
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑦ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 '종합병원이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("순환계질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "순환계질환"이라 함은 「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」(【별표90】 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표 참조)에서 정한 "특정심장질환Ⅴ", "뇌혈관질환", "기타순환계질환"을 말합니다.

1. 제1항에서의 "특정심장질환Ⅴ"라 함은 특정심장질환Ⅴ로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 특정심장질환Ⅴ 참조)을 말합니다.
2. 제1항에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
3. 제1항에서의 "기타순환계질환"이라 함은 기타순환계질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 기타순환계질환 참조)을 말합니다.

② 제1항의 "순환계질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항 제1호의 "특정심장질환Ⅴ"의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하고, 제1항 제2호의 "뇌혈관질환"의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산

화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항 제3호의 "기타순환계질환"의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 심전도, 심장초음파, 내시경검사, 대동맥조영술(aortography), 전산화단층촬영(CT) 및 자기공명영상법(MRI) 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("입원"의 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 등에서 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제2항에 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "순환계질환의 치료를 직접적인 목적"으로 하는 입원이란 의사에 의해 진단이 확정된 순환계질환의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 순환계질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 순환계질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "순환계질환의 치료를 직접적인 목적"으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 진단 확정된 순환계질환의 경우에는 순환계질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

〈입원의 기준〉

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미합니다.
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 합니다.
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 진단서, 의사소견서, 수술기록지, 세부내역서, 진료기록부, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 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)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-106. 순환계질환 주요치료비Ⅱ 특별약관

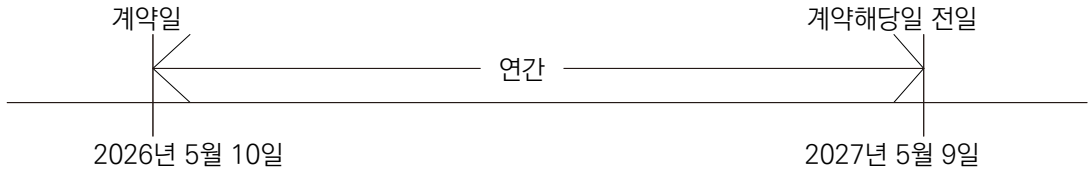
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “순환계질환 주요치료”를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래의 금액을 순환계질환 주요치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
수술	뇌혈관질환	수술1회당	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정심장질환Ⅴ	수술1회당	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	기타순환계질환	수술1회당	이 세부보장 보험가입금액의 10%
혈전용해치료	뇌혈관질환	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정심장질환Ⅴ	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
종합병원 중환자실 치료	뇌혈관질환 ·특정심장질환Ⅴ	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	기타순환계질환	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 10%

② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 순환계질환 주요치료비Ⅱ(종합병원 중환자실치료)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 제4조(“순환계질환 주요치료”의 정의)의 “종합병원 중환자실치료”를 받은 경우 보험금 지급기준일은 “종합병원 중환자실치료”를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조(“순환계질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “순환계질환”이라 함은 「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」(【별표90】 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표 참조)에서 정한 “특정심장질환Ⅴ”, “뇌혈관질환”, “기타순환계질환”을 말합니다.

1. 제1항에서의 “특정심장질환Ⅴ”라 함은 특정심장질환Ⅴ로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 특정심장질환Ⅴ 참조)을 말합니다.
2. 제1항에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
3. 제1항에서의 “기타순환계질환”이라 함은 기타순환계질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 기타순환계질환 참조)을 말합니다.

② 제1항의 “순환계질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항 제1호의 “특정심장질환Ⅴ”의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하고, 제1항 제2호의 “뇌혈관질환”의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항 제3호의 “기타순환계질환”의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 심전도, 심장초음파, 내시경검사, 대동맥조영술(aortography), 전산화단층촬영(CT) 및 자기공명영상법(MRI) 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “순환계질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “순환계질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“순환계질환 주요치료”의 정의)

이 특별약관에서 “순환계질환 주요치료”라 함은 “특정심장질환Ⅴ”, “뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “특정심장질환Ⅴ”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술제외)을 받은 경우
2. “특정심장질환Ⅴ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우
3. “특정심장질환Ⅴ”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
4. “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술제외)을 받은 경우
5. “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우
6. “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
7. “뇌혈관질환·특정심장질환Ⅴ”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원 중환자실치료를 받은 경우
8. “기타순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
9. “기타순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원 중환자실치료를 받은 경우

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사면허를 가진 자(이하, 「의사」라 합니다)에 의하여 “순환계질환”으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등 의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
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

제6조(“혈전제거술”의 정의)

① 이 특별약관에서 “혈전제거술”이라 함은 의사가 “특정심장질환Ⅴ” 또는 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항의 “혈전제거술”이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외합니다.

제7조(“혈전용해치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 “특정심장질환Ⅴ” 또는 “뇌혈관질환”의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

제8조(“종합병원 중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”으로 「의료법」 제3조의3(종합병원) 및 제3의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원·종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”으로 진단된 경우에는 이는 “특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로한 입원으로 봅니다.

③ 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

④ 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병분류 번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술, 초음파검사결과지 등 기타 검사결과지 포함), 수술기록지, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 의사처방전(처방조제비)등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-107. 요로결석진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 요로결석으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요로결석진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 요로결석을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조("요로결석"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "요로결석"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "요로결석"(【별표91】 요로결석 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "요로결석"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "요로결석"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-108. 질병종합병원(2-3인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병종합병원(2-3인실)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수는 1회 입원 당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

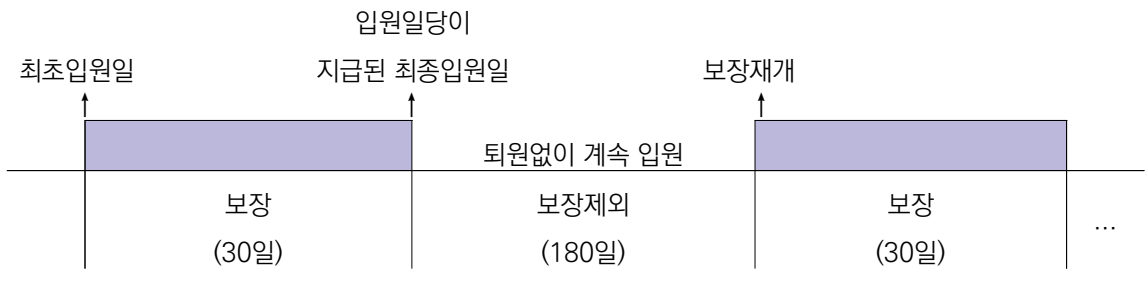
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병종합병원(2-3인실)입원일당의 지급일수 및 지급한도는 종합병원(2-3인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 종합병원 병실(2-3인실)에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원(2-3인실)입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병종합병원(2-3인실)입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원(2-3인실)입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 다른 종합병원 병실(2-3인실)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 질병종합병원(2-3인실)입원일당을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병종합병원(2-3인실)입원일당의

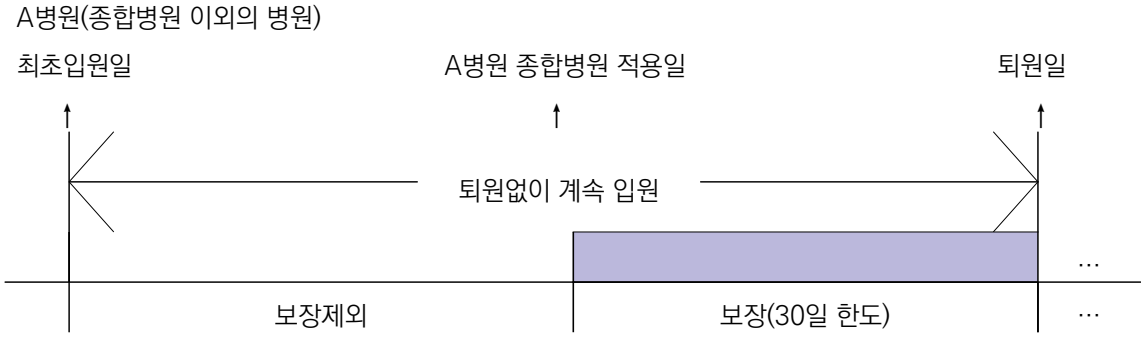
전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 "종합병원 병실(2-3인실) 이외의 병실"에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 병실(2-3인실)에 해당하는 병실에 입원하여 치료를 받던 중 "종합병원 병실(2-3인실) 이외의 병실"로 이전하여 입원한 경우에는 종합병원 병실(2-3인실)의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

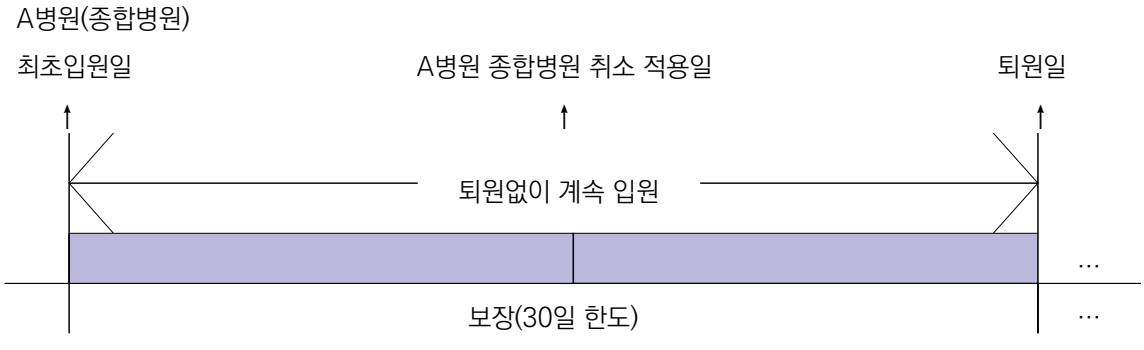
⑨ 피보험자가 "종합병원 이외의 병원의 병실(2-3인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우



⑩ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원의 병실(2-3인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원(2-3인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
종합병원 입원 중에 종합병원 지정이 취소된 경우



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-109. 종합병원 암(유사암제외)주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

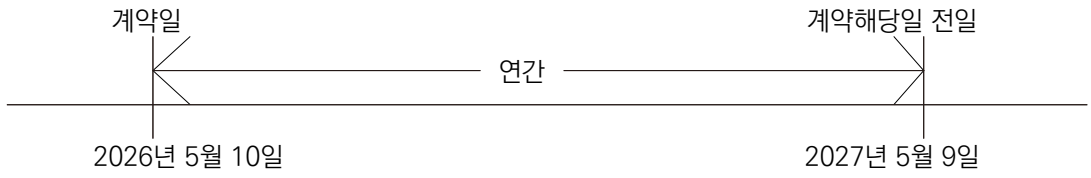
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외), 항암호르몬약물허가치료, 중환자실치료)"를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래 세부보장의 보험가입금액을 종합병원 암(유사암제외)주요치료비Ⅱ(만기보장형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
종합병원 암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ (만기보장형)	수술시	수술1회당	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료시	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료시 (항암호르몬약물허가치료제외)	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암호르몬약물허가치료시	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	중환자실치료시	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 제9조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

③ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 암(유사암제외) 주요치료비Ⅱ(만기보장형)(중환자실치료)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 제9조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

④ 제4조("암주요치료"의 정의)의 "중환자실치료"를 받은 경우 보험금 지급기준일은 "중환자실치료"를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조("암(유사암제외)"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

④ "암(유사암제외)"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 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우
5. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

④ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제6조(“항암방사선치료” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니

다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 “항암약물치료”중에서 제7조(“항암호르몬약물허가치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의) 2항에서 정한 “항암호르몬약물허가치료”를 제외한 치료를 말합니다.

제7조(“항암호르몬약물허가치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료제"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물허가치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표92】항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명』에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 “항암호르몬약물허가치료”라 함은 제6조(“항암방사선치료” 등의 정의) 제2항에서 정한 “항암약물치료” 중, 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “항암호르몬약물허가치료제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만 암의 직접적인 치료(암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료)가 아닌 식욕 개선, 피임 등의 목적으로 쓰이는 경우는 보상하지 않습니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「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 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 “항암호르몬약물허가치료제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조(“중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 “암(유사암제외)”으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제10조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-110. 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ(만기보장형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

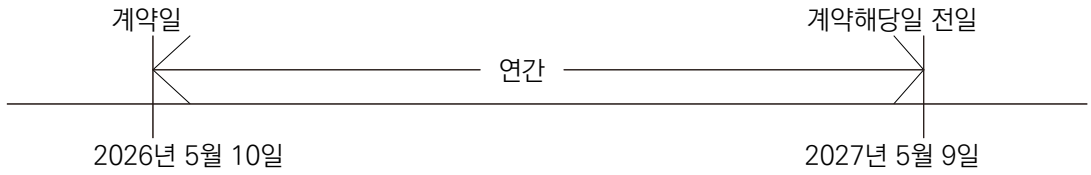
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 진단확정되고 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외), 항암호르몬약물허가치료, 중환자실치료)"를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래 세부보장의 보험가입금액을 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ(만기보장형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
종합병원 유사암주요치료비 (만기보장형) (세부보장별, 연간1회한)	수술시	수술1회당	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료시	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료시 (항암호르몬약물허가치료제외)	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암호르몬약물허가치료시	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	중환자실치료시	연간1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 제9조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

③ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 유사암주요치료비Ⅱ(만기보장형)(중환자실치료)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 제9조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

④ 제4조("암주요치료"의 정의)의 "중환자실치료"를 받은 경우 보험금 지급기준일은 "중환자실치료"를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조("유사암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제2항부터 제5항까지 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ “기타피부암”, “제자리암” 및 “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 하며, 이 경우 “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우
5. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

④ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제6조(“항암방사선치료” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물허가치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 “항암약물치료”중에서 제7조(“항암호르몬약물허가치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의) 2항에서 정한 “항암호르몬약물허가치료”를 제외한 치료를 말합니다.

제7조(“항암호르몬약물허가치료제” 및 “항암호르몬약물허가치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료제"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물허가치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물허가치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물허가치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표92】「항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명」에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 "항암호르몬약물허가치료"라 함은 제6조("항암방사선치료" 등의 정의) 제2항에서 정한 "항암약물치료" 중, 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만 암의 직접적인 치료(암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료)가 아닌 식욕 개선, 피임 등의 목적으로 쓰이는 경우는 보상하지 않습니다.

③ 제2항의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방•투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「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 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 "항암호르몬약물허가치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제10조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-111. 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

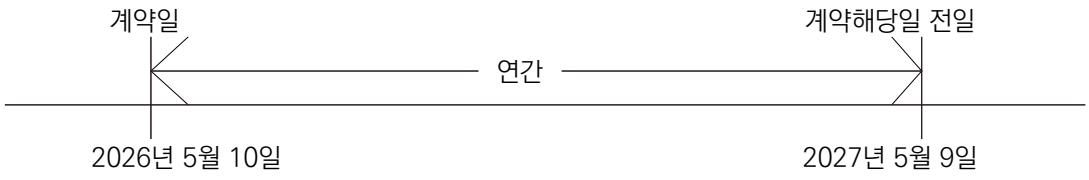
① 회사는 피보험자가 보험기간 중 "전이암"으로 진단 확정되고 그 "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 중환자실치료)"를 받은 경우 각 치료행위별 연간 1회에 한하여 아래 세부보장의 보험가입금액을 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(세부보장별,연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분			지급금액
종합병원 전이암주요치료비 (만기보장형) (세부보장별, 연간1회한)	수술시	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료시	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료시	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	중환자실치료시	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 제8조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

③ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 전이암주요치료비(만기보장형)(중환자실치료,연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 제8조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

④ 제4조("암주요치료"의 정의)의 "중환자실치료"를 받은 경우 보험금 지급기준일은 "중환자실치료"를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조("전이암" 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "전이암"이라 함은 "림프절전이암", "특정전이암"을 총칭합니다. 다만, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "림프절전이암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "전이암"(【별표93】 전이암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 “특정전이암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “전이암”(【별표93】 전이암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물), C80(부위의 명시가 없는 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “전이암”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 하며, 이 경우 “전이암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “전이암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적 검사결과를 우선 적용하며, 병리검사결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우
4. "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “전이암”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “전이암”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 “수술”은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

④ 제1항의 "수술"은 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조("중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "전이암"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 "전이암"으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제8조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법 」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제9조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-112. 종합병원질병수술비(경증질환제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(경증질환제외)의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원질병수술비(경증질환제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 종합병원질병수술비(경증질환제외)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원질병수술비(경증질환제외)를 지급합니다. 여기서 같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

   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.

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. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 결막염(H10), 바이러스성 결막염(B30), 티눈 및 굳은살(L84), 외이염(H60), 귀통증 및 귀의 삼출액(H92), 결막의 기타 장애(H11)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 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 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-113. 종합병원 하이클래스 암주요치료비(만기보장형) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 종합병원 하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비
- 종합병원 하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료비

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 "암(기타피부암및갑상선암제외)"으로 진단확정되고, 그 "암(기타피부암및갑상선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료"를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래의 금액을 종합병원 하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비(만기보장형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	치료행위	지급방식	지급금액
종합병원 하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료비	수술	수술 1회당	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%

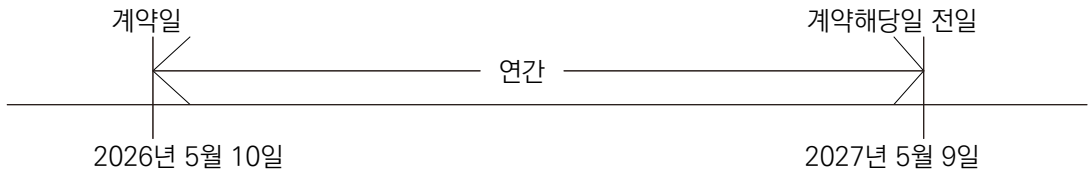
② 회사는 피보험자가 보험기간 중 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되고, 그 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 "하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료"를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래의 금액을 종합병원 하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료비(만기보장형)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	치료행위	지급방식	지급금액
종합병원 하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료비	수술	수술 1회당	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암약물치료	연간 1회한	이 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 내지 제2항에서 "종합병원"이라 함은 제8조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 제8조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제4조(“암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암및갑상선암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

④ “암(기타피부암및갑상선암제외)” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암(기타피부암및갑상선암제외)” 및 “기타피부암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(기타피부암및갑상선암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항 내지 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(“하이클래스 암 주요치료”등의 정의)

① “하이클래스 암 주요치료”라 함은 “하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료” 및 “하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료"을 의미합니다.

② "하이클래스 암(기타피부암및갑상선암제외) 주요치료"라 함은 “암(기타피부암및갑상선암제외)”을 제거하거나 “암(기타피부암및갑상선암제외)”의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “암(기타피부암및갑상선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”을 받은 경우
2. “암(기타피부암및갑상선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료”를 받은 경우
3. “암(기타피부암및갑상선암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”를 받은 경우

③ “하이클래스 기타피부암및갑상선암 주요치료”라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 제거하거나 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”을 받은 경우
2. “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료”를 받은 경우
3. “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”를 받은 경우

④ 제1항 내지 제3항의 "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.

⑤ 제1항 내지 제3항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 제2항 제1호 및 제3항 제1호에서 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항의 “비급여” 또는 제5항의 “전액본인부담”에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제2항 제2호 및 제3항 제2호에서 “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료”는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암방사선치료료가 제4항의 “비급여” 또는 제5항의 “전액본인부담”에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제2항 제3호 및 제3항 제3호에서 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항의 “비급여” 또는 제5항의 “전액본인부담”에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ “하이클래스 암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬관련치료제

> **【호르몬 관련 치료제】**
> 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "하이클래스 암 주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

⑩ 제1항의 “하이클래스 암 주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

⑪ 본 특별약관에서 보장하거나 인정하는 치료는 국내외 의학적 근거와 임상 지침에 기반하여 의학적 합리적 컨센서스가 형성된 치료로 한정하며, 의학적 유효성 또는 안전성에 대한 근거가 부족하거나 전문가 집단 간 합의가 이루어지지 않은 치료, 수술 또는 약제는 본 특별약관 계약의 적용 대상에서 제외합니다.

제6조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(기타피부암및갑상선암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(기타피부암및갑상선암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.

제7조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암및갑상선암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암및갑상선암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제8조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 영수증, 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 의사 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-114. 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 제3조("중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상"의 정의)에서 정의한 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상진단비(최초1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 "중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

③ 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례 대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상"의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상"이라 함은 "【별표95】 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상 분류표"에서 정한 "유사암 및 뇌·수막의 양성신생물"으로 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항의 "중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물"이라 함은 "【별표95】 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상 분류표"에서 정한 기타 피부의 악성신생물(암)/ 갑상선의 악성신생물(암)/ 제자리암종/ 수막, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물/ 행동양식 불명 또는 미상의 신생물을 말합니다. 또한 "유사암 및 뇌·수막의 양성신생물"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

③ "중증질환자 유사암 산정특례대상(「수막, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물(D32, D33)」 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "유사암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

⑤ "수막, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물(D32, D33)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 단, CT 촬영만으로 확진한 경우, 산정특례 등록 신청서의 'CT 소견'란에 담당 의사 소견을 기재해야 합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점에서 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관

한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

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

[중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차]

"중증질환자 암 산정특례대상"에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후, 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

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

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

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

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

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

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

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상진단비(최초 1회한)를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-115. 질병상급종합병원(1인실)입원일당(1일이상30일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단 확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원병실(1인실)에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병상급종합병원(1인실)입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원(1인실)입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 제1항의 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 규정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4 (상급종합병원 지정)】

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

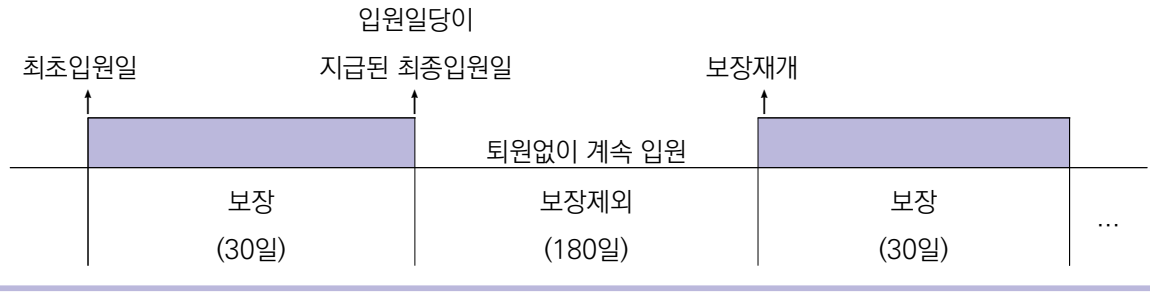
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원(1인실)입원일당의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 "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.

③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 상급종합병원 병실(1인실)에 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원(1인실)입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 질병상급종합병원(1인실)입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원(1인실)입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



④ 피보험자가 다른 상급종합병원 병실(1인실)으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 30일 한도로 질병상급종합병원(1인실)입원일당을 계속 지급합니다.

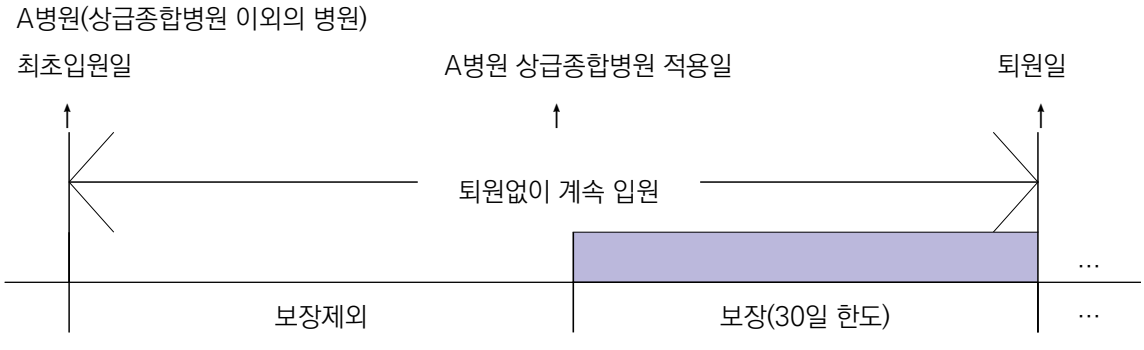
⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병상급종합병원(1인실)입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 "상급종합병원 병실(1인실) 이외의 병실"에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 병실(1인실)에 해당하는 병실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 병실(1인실)에 해당하는 병실에 입원하여 치료를 받던 중 "상급종합병원 병실(1인실) 이외의 병실"로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원 병실(1인실)의 마지막 입원일까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

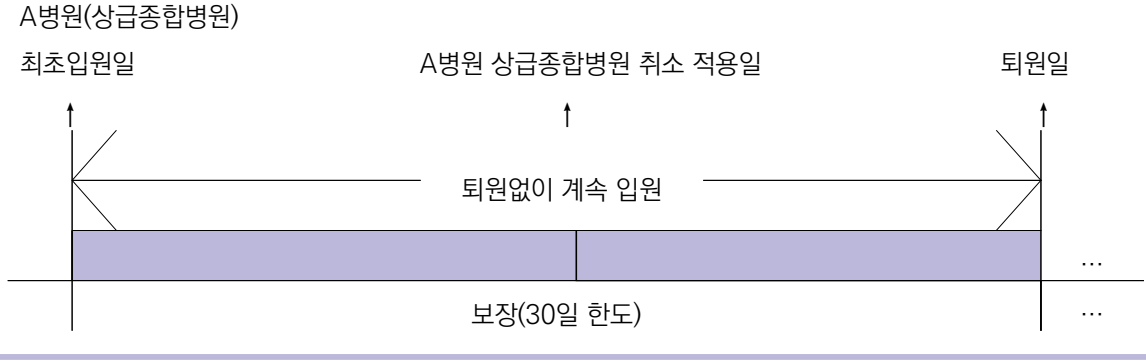
⑨ 피보험자가 "상급종합병원 이외의 병원의 병실(1인실)"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



⑩ 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원의 병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원(1인실)입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉
상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



⑪ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조("입원"의 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 제1조(보험금의 지급사유)제2항에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-116. 질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 “수술동반입원”이라 합니다)하여 치료받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술입원일당(이하 “수술입원일당”이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

② 제1항의 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

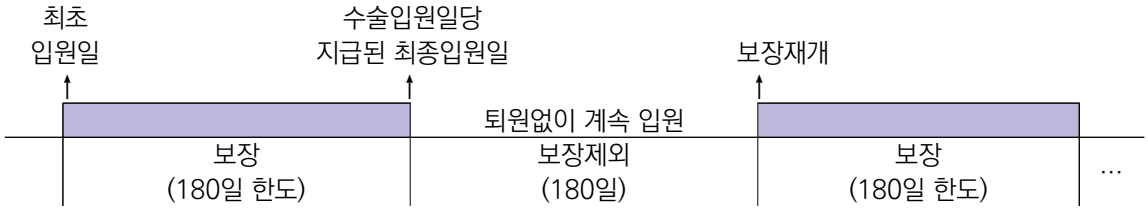
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에 있어서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 수술동반입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 수술동반입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



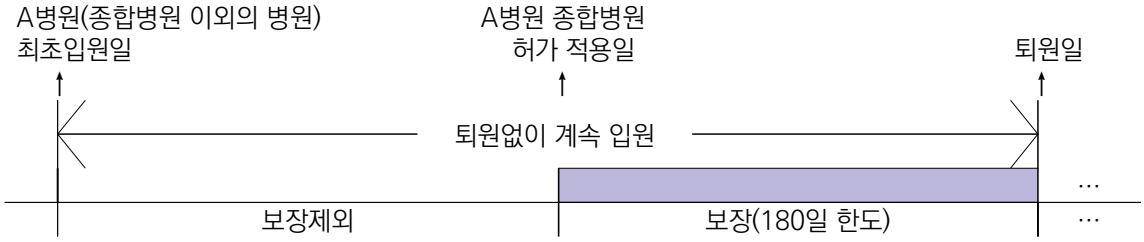
④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

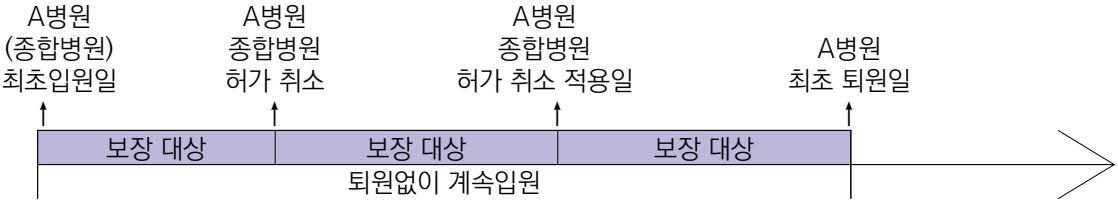
〈보상예시〉 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑧ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원기간 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉 종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~ N98). 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.

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)

⑤ 회사는 다음 각 호의 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, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태

4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조("입원"의 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 등에서 치료가 곤란하여 제1조(보험금의 지급사유)제2항에 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

〈입원의 기준〉

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미합니다.
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 합니다.
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험 심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천병질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 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)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-117. 질병재활치료비(급여,1일1회한,연간15회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

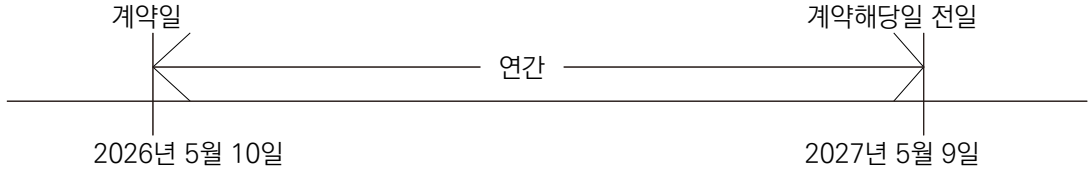
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원 중에 "질병재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 “입원 질병재활치료(급여)”와 “통원 질병재활치료(급여)”를 합산하여 연간 15회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 제1항에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
2. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

제4조(“질병재활치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “질병재활치료(급여)”라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.(단, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 ‘급여 재활치료’에 해당하지 않습니다.) 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에

포함되지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병재활치료(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 질병 진단을 받은 피보험자가 상해로 제1항의 "질병재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제5조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-118. 질병재활치료비(급여,1일1회한,연간30회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

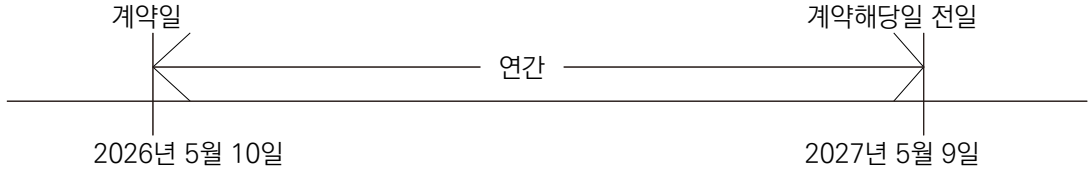
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비(급여, 1일1회한, 연간30회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원 중에 "질병재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 질병재활치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "질병재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 질병재활치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 “입원 질병재활치료(급여)”와 “통원 질병재활치료(급여)”를 합산하여 연간 30회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 제1항에서 정한 사항에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
2. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

제4조(“질병재활치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “질병재활치료(급여)”라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 "수가코드"에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.(단, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 ‘급여 재활치료’에 해당하지 않습니다.) 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에

포함되지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병재활치료(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 질병 진단을 받은 피보험자가 상해로 제1항의 "질병재활치료(급여)"를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제5조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-119. 질병통합치료비(고급형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 "수술동반입원"이라 합니다)하여 「질병통합치료(수술입원)」 치료받은 경우 보험수익자에게 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 통합치료별 지급금액(이하 "수술입원일당"이라 합니다.)을 질병통합치료비로 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

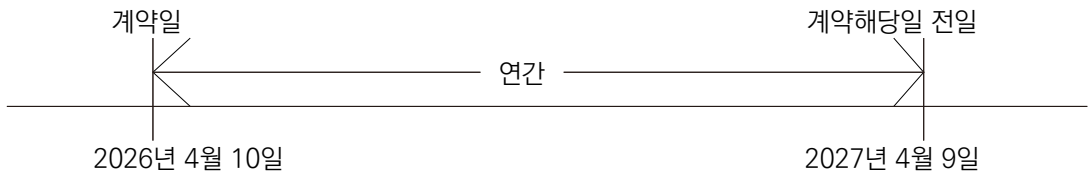
1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제11조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
주요치료	질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	10만원
	질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	10만원
	질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	10만원
	질병 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	10만원
중증치료	질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	500만원
	질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	200만원
	질병 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	100만원
	질병 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	1,000만원
	질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	500만원
1-5종 수술Ⅲ	질병 1종 수술	수술1회당	20만원
	질병 2종 수술	수술1회당	50만원
	질병 3종 수술	수술1회당	200만원
	질병 4종 수술	수술1회당	500만원
	질병 5종 수술	수술1회당	1,000만원
수술입원	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	-	10만원

⑤ 제4항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지

급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 부분체외순환치료(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑩ 제9항의 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

⑪ “질병통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

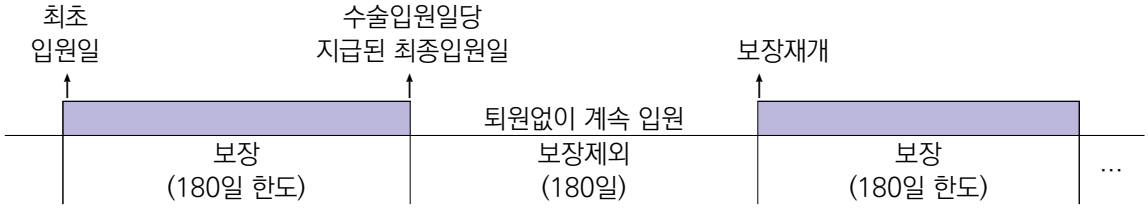
⑫ 제11항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑬ “질병통합치료(수술입원)”의 경우 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.

⑭ “질병통합치료(수술입원)”의 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 수술동반입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 수술동반입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



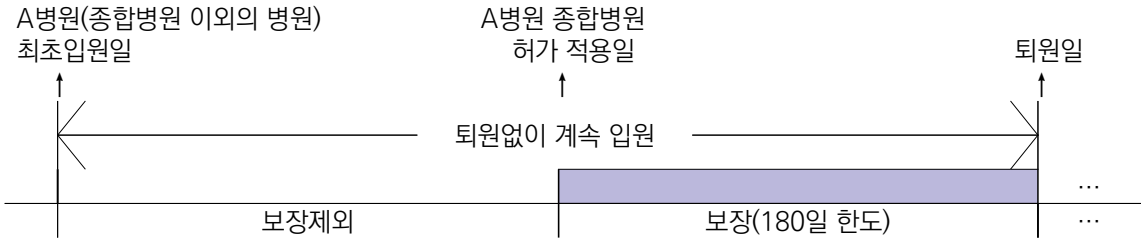
⑯ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

⑰ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑱ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑲ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

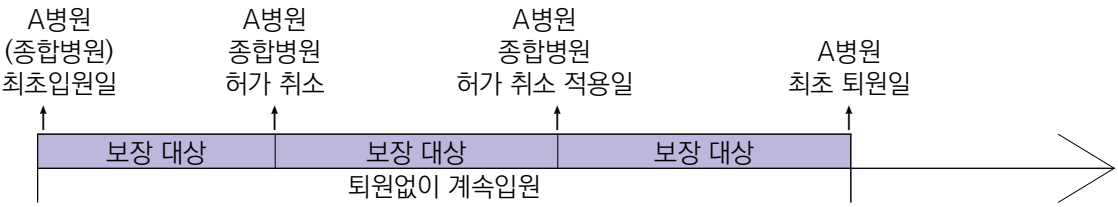
〈보상예시〉 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑳ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

㉑ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원기간 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉 종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



㉒ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)

8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병의 치료를 위해 제1조(보험금의 지급사유)의 「질병통합치료(수술입원)」과 「질병통합치료(중증치료)」 통합치료항목 중 「질병 종합병원 전신마취 치료(6시간이상)(급여)」의 보험금 지급사유가 발생한때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)

5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제4조("질병통합치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병통합치료"라 함은 제2항의 「질병통합치료(주요치료)」, 제3항의 「질병통합치료(중증치료)」, 제4항의 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」 및 제5항의 「질병통합치료(수술입원)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「질병통합치료(주요치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	질병 특정시술치료(급여)(기타)

1. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우

2. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우

3. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우

4. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(기타)"를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「질병통합치료(중증치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	질병 치료적저체온요법치료(급여)
	질병 부분체외순환치료(급여)
	질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)

1. 제6조(“질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제7조(“질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제8조(“질병 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제9조(“질병 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제10조(“질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	질병 1종 수술
	질병 2종 수술
	질병 3종 수술
	질병 4종 수술
	질병 5종 수술

⑤ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술입원)」라 함은 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 제1조(“보험금의 지급사유”) 제5항의 각 호에 모두 해당되는 경우

구 분	
수술입원	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)

제5조(“질병 특정시술치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “질병 특정시술치료(급여)”라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 “질병통합치료(주요치료)”의 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 질병 특정시술치료(급여)(신경차단술), 질병 특정시술치료(급여)(도수정복술), 질병 특정시술치료(급여)(기타)(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 “특정시술치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “질병 특정시술치료(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “질병 특정시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “질병 특정시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “질병 특정시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다

.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제7조("질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표(【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제8조("질병 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제9조("질병 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 부분체외순환치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제10조("질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)"라 함은 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제12조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서 "전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는"질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제11조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하

는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제12조(“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제13조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

③ 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “질병”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 입원치료확인서, 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서 , 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서 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.

제15조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-120. 질병통합치료비(표준형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 "수술동반입원"이라 합니다)하여 「질병통합치료(수술입원)」 치료받은 경우 보험수익자에게 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 통합치료별 지급금액(이하 "수술입원일당"이라 합니다.)을 질병통합치료비로 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

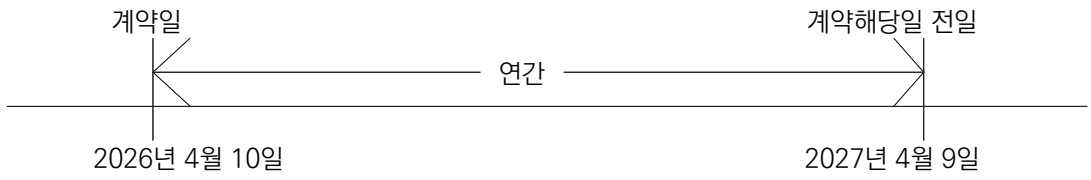
1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제11조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
주요치료	질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	5만원
	질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	5만원
	질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	5만원
	질병 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	5만원
중증치료	질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	400만원
	질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	150만원
	질병 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	75만원
	질병 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	750만원
	질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	400만원
1-5종 수술Ⅲ	질병 1종 수술	수술1회당	10만원
	질병 2종 수술	수술1회당	20만원
	질병 3종 수술	수술1회당	50만원
	질병 4종 수술	수술1회당	200만원
	질병 5종 수술	수술1회당	400만원
수술입원	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	-	5만원

⑤ 제4항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지

급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 부분체외순환치료(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑩ 제9항의 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

⑪ “질병통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

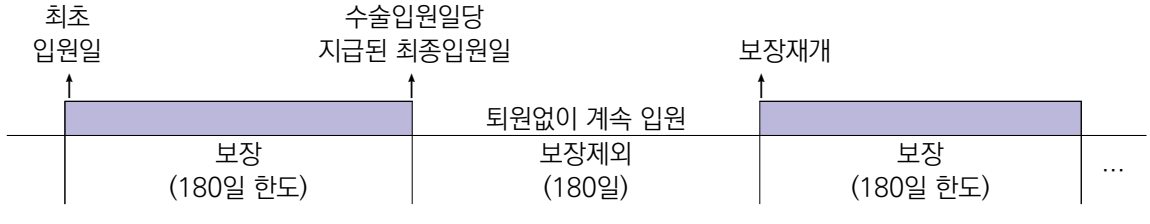
⑫ 제11항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑬ “질병통합치료(수술입원)”의 경우 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.

⑭ “질병통합치료(수술입원)”의 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 수술동반입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 수술동반입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



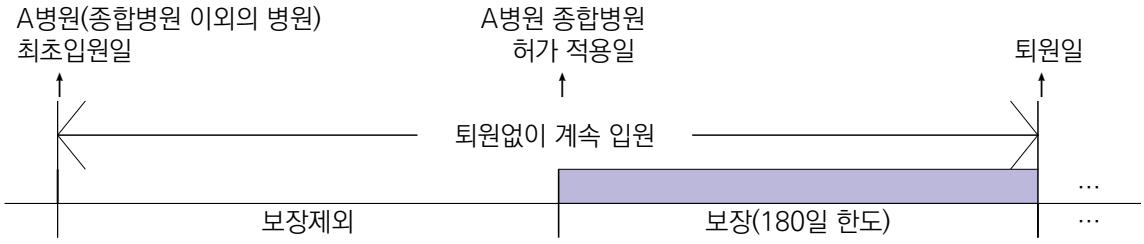
⑯ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

⑰ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑱ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑲ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

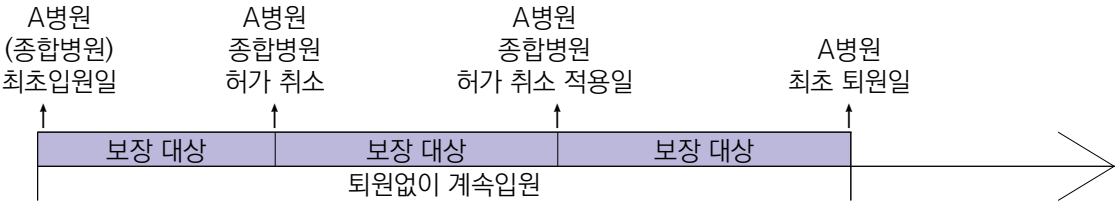
〈보상예시〉 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑳ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

㉑ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원기간 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉 종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



㉒ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)

8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병의 치료를 위해 제1조(보험금의 지급사유)의 「질병통합치료(수술입원)」과 「질병통합치료(중증치료)」 통합치료항목 중 「질병 종합병원 전신마취 치료(6시간이상)(급여)」의 보험금 지급사유가 발생한때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)

5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제4조("질병통합치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병통합치료"라 함은 제2항의 「질병통합치료(주요치료)」, 제3항의 「질병통합치료(중증치료)」, 제4항의 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」 및 제5항의 「질병통합치료(수술입원)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「질병통합치료(주요치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	질병 특정시술치료(급여)(기타)

1. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우

2. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우

3. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우

4. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(기타)"를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「질병통합치료(중증치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	질병 치료적저체온요법치료(급여)
	질병 부분체외순환치료(급여)
	질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)

1. 제6조("질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"을 받은 경우
2. 제7조("질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"를 받은 경우
3. 제8조("질병 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"를 받은 경우
4. 제9조("질병 부분체외순환치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 부분체외순환치료(급여)"를 받은 경우
5. 제10조("질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"의 정의)에서 정한 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 "수술"을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	질병 1종 수술
	질병 2종 수술
	질병 3종 수술
	질병 4종 수술
	질병 5종 수술

⑤ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술입원)」라 함은 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 제1조("보험금의 지급사유") 제5항의 각 호에 모두 해당되는 경우

구 분	
수술입원	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)

제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 특정시술치료(급여)"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "질병통합치료(주요치료)"의 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 질병 특정시술치료(급여)(신경차단술), 질병 특정시술치료(급여)(도수정복술), 질병 특정시술치료(급여)(기타)(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 "특정시술치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 특정시술치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 특정시술치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 "질병 특정시술치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "질병 특정시술치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조("질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다

.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제7조("질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표(【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제8조("질병 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제9조("질병 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 부분체외순환치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제10조("질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)"라 함은 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제12조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서 "전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는"질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제11조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하

는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제12조(“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제13조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

③ 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “질병”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 입원치료확인서, 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서 , 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서 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.

제15조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-121. 질병통합치료비(실속형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(주요치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(중증치료)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 통합치료별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 각 호에 모두 해당되는 경우로 입원(이하 "수술동반입원"이라 합니다)하여 「질병통합치료(수술입원)」 치료받은 경우 보험수익자에게 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 통합치료별 지급금액(이하 "수술입원일당"이라 합니다.)을 질병통합치료비로 지급합니다. 다만, 수술입원일당의 지급일수는 1회 수술동반입원 당 180일을 한도로 합니다.

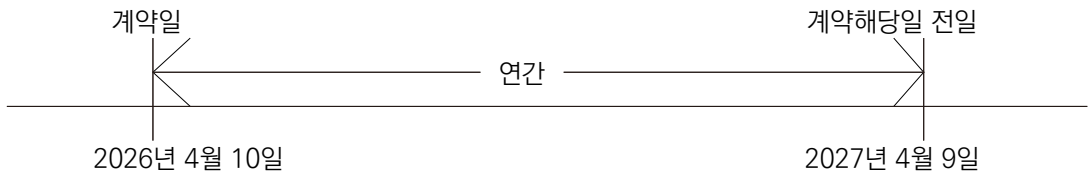
1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제11조("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술을 종합병원에서 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
주요치료	질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	5만원
	질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	5만원
	질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	5만원
	질병 특정시술치료(급여)(기타)	연간1회한	5만원
중증치료	질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)	연간1회한	300만원
	질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간1회한	100만원
	질병 치료적저체온요법치료(급여)	연간1회한	50만원
	질병 부분체외순환치료(급여)	연간1회한	500만원
	질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)	연간1회한	300만원
1-5종 수술Ⅲ	질병 1종 수술	수술1회당	10만원
	질병 2종 수술	수술1회당	20만원
	질병 3종 수술	수술1회당	30만원
	질병 4종 수술	수술1회당	100만원
	질병 5종 수술	수술1회당	200만원
수술입원	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)	-	3만원

⑤ 제4항의 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지

급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(기타)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 치료적저체온요법치료(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 부분체외순환치료(급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑩ 제9항의 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회의 마취시간을 기준으로 보상하며, 2회 이상의 “전신마취치료(급여)”를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

⑪ “질병통합치료(1-5종수술)Ⅲ”의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 가지의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

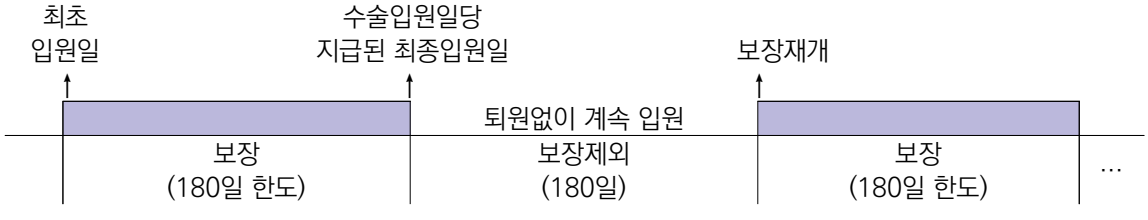
⑫ 제11항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑬ “질병통합치료(수술입원)”의 경우 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 진단이 확정된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 진단 확정된 질병의 경우에는 이는 동일한 “질병의 치료를 목적으로 한 입원”으로 봅니다.

⑭ “질병통합치료(수술입원)”의 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 수술동반입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 종합병원을 이전하여 수술동반입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 수술동반입원 1일당 수술입원일당을 지급합니다. 다만, 수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



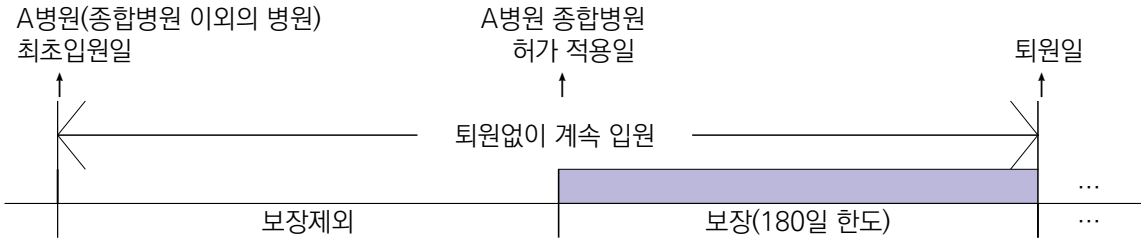
⑯ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반입원 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 180일 한도로 수술입원일당을 계속 지급합니다.

⑰ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑱ 피보험자가 '종합병원 이외의 병원'에 입원하여 치료받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 수술동반입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 수술입원일당을 지급합니다.

⑲ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료받던 중 해당병원이 종합병원으로 허가되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

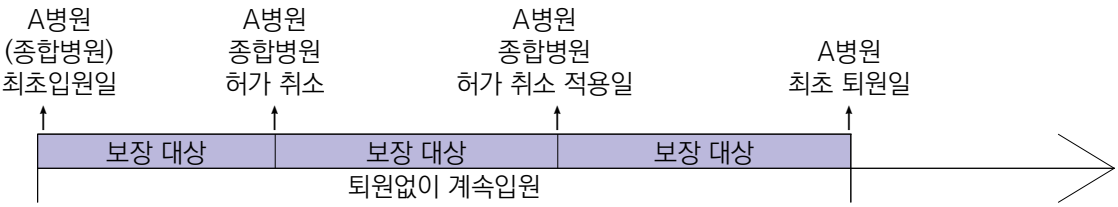
〈보상예시〉 종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 허가된 경우



⑳ 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원에서 수술동반입원하여 치료받던 중 '종합병원 이외의 병원'으로 이전하여 입원한 경우 종합병원에 해당하는 병원에서 퇴원한 날까지 수술입원일당을 지급합니다.

㉑ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원의 허가가 취소된 경우 입원기간 중 수술하였다면 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 수술입원일당을 지급합니다.

〈보상예시〉 종합병원에 입원 후 종합병원의 허가가 취소된 경우 수술동반입원의 보상 기준



㉒ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 제1항 이외에도 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 질병의 치료를 위해 제1조(보험금의 지급사유)의 「질병통합치료(수술입원)」과 「질병통합치료(중증치료)」 통합치료항목 중 「질병 종합병원 전신마취 치료(6시간이상)(급여)」의 보험금 지급사유가 발생한때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제4조("질병통합치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병통합치료"라 함은 제2항의 「질병통합치료(주요치료)」, 제3항의 「질병통합치료(중증치료)」, 제4항의 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」 및 제5항의 「질병통합치료(수술입원)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「질병통합치료(주요치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
주요치료	질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
	질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)
	질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)
	질병 특정시술치료(급여)(기타)

1. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우
2. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우
3. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우
4. 제5조("질병 특정시술치료(급여)"의 정의)에서 정한 "질병 특정시술치료(급여)(기타)"를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「질병통합치료(중증치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분	
중증치료	질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)
	질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	질병 치료적저체온요법치료(급여)
	질병 부분체외순환치료(급여)
	질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)

1. 제6조(“질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”을 받은 경우
2. 제7조(“질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우
3. 제8조(“질병 치료적저체온요법치료(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 치료적저체온요법치료(급여)”를 받은 경우
4. 제9조(“질병 부분체외순환치료(급여)”의 정의)에서 정한 “질병 부분체외순환치료(급여)”를 받은 경우
5. 제10조(“질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”의 정의)에서 정한 “질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)”를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술(1-5종)Ⅲ)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종수술Ⅲ 분류표」(【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표 참조)에서 정한 “수술”을 받은 경우를 말합니다.

구 분	
1-5종 수술Ⅲ	질병 1종 수술
	질병 2종 수술
	질병 3종 수술
	질병 4종 수술
	질병 5종 수술

⑤ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술입원)」라 함은 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고 그 질병으로 인해 제1조(“보험금의 지급사유”) 제5항의 각 호에 모두 해당되는 경우

구 분	
수술입원	질병수술입원일당(종합병원)(1일이상180일한도)

제5조(“질병 특정시술치료(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “질병 특정시술치료(급여)”라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 “질병통합치료(주요치료)”의 통합치료항목 중 질병 특정시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 질병 특정시술치료(급여)(신경차단술), 질병 특정시술치료(급여)(도수정복술), 질병 특정시술치료(급여)(기타)(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

② 제1항의 “특정시술치료(급여)”라 함은 의사가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “질병 특정시술치료(급여)”의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 “질병 특정시술치료(급여)”의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 “질병 특정시술치료(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “질병 특정시술치료(급여)”항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(“질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)”이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표(【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다

.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 지속적 신대체 요법(CRRT)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제7조("질병 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서 상 인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표(【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 인공호흡기치료(12시간 초과)(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제8조("질병 치료적저체온요법치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 치료적저체온요법치료(급여) 분류표(【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료적저체온요법치료(급여) 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 치료적저체온요법치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제9조("질병 부분체외순환치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 부분체외순환치료(급여)"라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 부분체외순환치료(급여) 분류표(【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "부분체외순환치료(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 "질병 부분체외순환치료(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제10조("질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상, 급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)"라 함은 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제12조("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"에서 "전신마취치료(급여)"를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 "전신마취치료(급여)"라 함은 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 진료비세부내역서상 전신마취 의료행위 분류표(【별표46】 전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는"질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【보험금 지급 예시】

[사례1]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1]) 20회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 지급

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1]) 15회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 285분 → 지급하지 않음

[사례2]

L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1]) 10회의 경우 :
⇒ 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 지급하지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

제11조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하

는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

제12조(“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 「의료법 제3조의3(종합병원)」에서 정한 종합병원을 말하며 「의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)」에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

제13조(“입원” 및 “통원”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단확정되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

【입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우】

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

③ 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 “질병”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(전신마취치료의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등 포함), 입원치료확인서, 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서 , 각 통합치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서 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.

제15조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-122. 통합뇌질환진단비 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합뇌질환진단비(뇌전증)
- 통합뇌질환진단비(일과성뇌허혈발작)
- 통합뇌질환진단비(뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈))
- 통합뇌질환진단비(뇌혈관질환(협착증))
- 통합뇌질환진단비(뇌혈관질환(뇌졸중제외))

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 통합뇌질환으로 진단 확정된 경우에는 구분에 따라 각 세부보장별 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

【통합뇌질환진단비】

구 분		지급금액
통합 뇌질환 진단비	뇌전증	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	일과성뇌허혈발작	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	뇌혈관질환 (뇌경색 및 뇌출혈)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	뇌혈관질환(협착증)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	뇌혈관질환 (뇌졸중 제외)	이 세부보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조("통합뇌질환"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "통합뇌질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(“통합뇌질환”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "통합뇌질환"이라 함은 "뇌전증", "일과성뇌허혈발작", "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)", "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 "뇌전증"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌전증"으로 분류되는 질병(【별표98】(통합뇌질환 분류표) 참조) 중 뇌전증, 뇌전증지속상태를 말하며, 경련성 발작, 열성경련, 상세불명의 경련, 뇌졸중에 합병된 발작은 보장하지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 "일과성뇌허혈발작"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "일과성뇌허혈발작"으로 분류되는 질병(【별표98】(통합뇌질환 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)"으로 분류되는 질병(【별표98】(통합뇌질환 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "뇌혈관질환(협착증)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환(협착증)"으로 분류되는 질병(【별표98】(통합뇌질환 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"으로 분류되는 질병(【별표98】(통합뇌질환 분류표) 참조)을 말합니다.

⑦ "뇌전증"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가"뇌전증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ "일과성뇌허혈발작"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌영상검사(초음파, CT, MRI 등) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "일과성뇌허혈발작"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)", "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화당층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF) 등의 검사기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)", "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 제7항 내지 제9항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "뇌전증", "일과성뇌허혈발작", "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)","뇌혈관질환(협착증)", "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌전증", "일과성뇌허혈발작", "뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)", "뇌혈관질환(협착증)", "뇌혈관질환(뇌졸중제외)"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합뇌질환진단비를 지급한 경우에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 통합뇌질환진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우, 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제

16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-123. 통합심질환진단비 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합심질환진단비(심근병증(허혈성제외))
- 통합심질환진단비(심장판막협착증(대동맥판막))
- 통합심질환진단비(특정심장질환Ⅲ)
- 통합심질환진단비(특정심장질환Ⅳ)
- 통합심질환진단비(기타심장부정맥)

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 통합심질환으로 진단 확정된 경우에는 각 세부보장별 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

【통합심질환진단비】

구 분		지급금액
통합 심질환 진단비	심근병증 (허혈성제외)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	심장판막협착증 (대동맥판막)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정심장질환Ⅲ	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	특정심장질환Ⅳ	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	기타심장부정맥	이 세부보장 보험가입금액의 100%

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조(“통합심질환”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "통합심질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조("통합심질환"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "통합심질환"이라 함은 "심근병증(허혈성제외)", "심장판막협착증(대동맥판막)", "특정심장질환Ⅲ", "특정심장질환Ⅳ", "기타심장부정맥"을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 "심근병증(허혈성제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "심근병증(허혈성제외)"으로 분류되는 질병(【별표100】(통합심질환 분류표) 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "심장판막협착증(대동맥판막)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "심장판막협착증(대동맥판막)"으로 분류되는 질병(【별표100】(통합심질환 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 "특정심장질환Ⅲ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정심장질환Ⅲ"으로 분류되는 질병(【별표100】(통합심질환 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "특정심장질환Ⅳ"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정심장질환Ⅳ"으로 분류되는 질병(【별표100】(통합심질환 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 "기타심장부정맥"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타심장부정맥"으로 분류되는 질병(【별표100】(통합심질환 분류표) 참조)을 말합니다.

⑦ "심근병증(허혈성제외)"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI) 또는 심장전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가"심근병증(허혈성제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ "심장판막협착증(대동맥판막)"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가"심장판막협착증(대동맥판막)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ "특정심장질환Ⅲ" 및 "특정심장질환Ⅳ"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정심장질환Ⅲ"및"특정심장질환Ⅳ"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ "기타심장부정맥"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력.증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가"기타심장부정맥"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제7항 내지 제10항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "심근병증(허혈성제외)", "심장판막협착증(대동맥판막)", "특정심장질환Ⅲ", "특정심장질환Ⅳ", "기타심장부정맥"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심근병증(허혈성제외)", "심장판막협착증(대동맥판막)", "특정심장질환Ⅲ", "특정심장질환Ⅳ", "기타심장부정맥"으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합심질환진단비를 지급한 경우에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 통합심질환진단비를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우, 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-124. 통합암진단비(유사암제외) 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 9개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합암진단비(두경부암, 전이포함)
- 통합암진단비(소화기관암, 전이포함)
- 통합암진단비(간암,담낭암,기타담도암및췌장암, 전이포함)
- 통합암진단비(폐암, 전이포함)
- 통합암진단비(3대특정고액암,전이포함)
- 통합암진단비(생식기관련암, 전이포함)
- 통합암진단비(유방암및비뇨기관암, 전이포함)
- 통합암진단비(11대특정암Ⅱ, 전이포함)
- 통합암진단비(혈액암, 전이포함)

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 통합암(유사암제외)으로 진단 확정된 경우에는 암구분에 따라 각 세부보장별 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

【통합암진단비(유사암제외)】

구 분		지급금액
통합암진단비(유사암제외)	유방암및비뇨기관암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	생식기관련암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	두경부암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	소화기관암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	간암,담낭암,기타담도암 및 췌장암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	폐암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	3대특정고액암,전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	11대특정암Ⅱ, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈액암, 전이포함(최초1회한)	이 세부보장 보험가입금액의 100%

【보험금 지급[예시1]】



※ 설명

① : 2027.5.1.에 진단 확정된 소화기관암은 소화기관암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관암진단비(전이포함) 보장 소멸

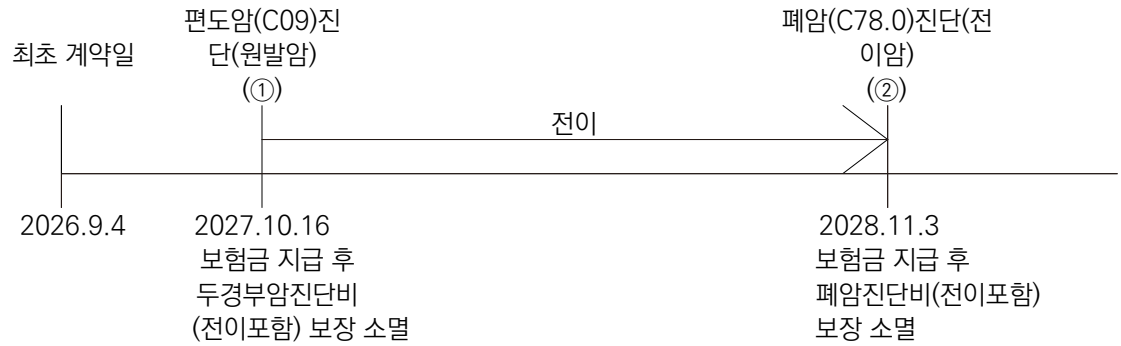
② : 2027.8.1.에 진단 확정된 폐암은 폐암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암진단비(전이포함) 보장 소멸

③ : 보험금 미지급 (이미 2027.5.1.에 소화기관암진단비(전이포함) 보장은 소멸되었으므로, 2028.12.1. 진단 확정된 소화기관암진단비(전이포함) 보험금 미지급)

④ : 2030.1.1.에 진단 확정된 3대특정고액암은 3대특정고액암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 3대특정고액암진단비(전이포함) 보장 소멸

※ 위의 예시에서 소멸된 보장은 「소화기관암」, 「폐암」, 「3대특정고액암」, 유지되는 보장은 「유방암 및 비뇨기관암」, 「혈액암」, 「두경부암」, 「11대특정암Ⅱ」, 「간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암」, 「생식기관련암」

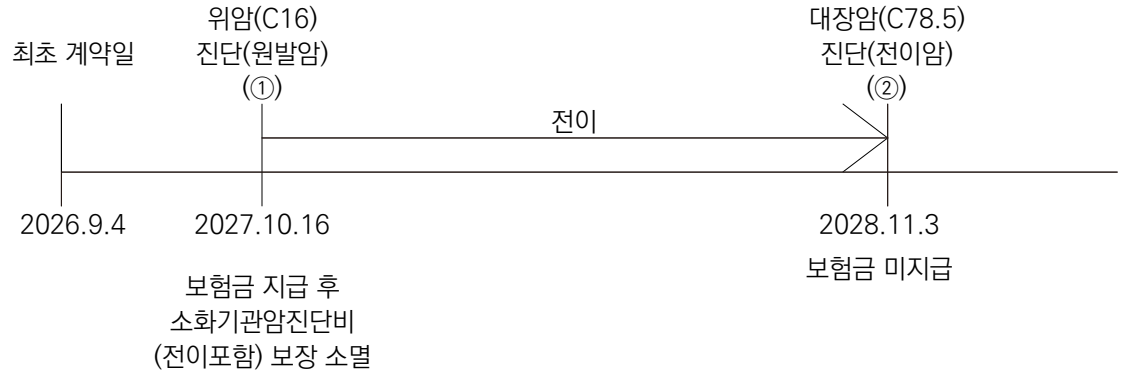
【보험금 지급[예시2]】



① : 2027.10.16. 진단 확정된 편도암(C09)(원발암)의 경우 두경부암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 두경부암진단비(전이포함) 보장 소멸

② : 2028.11.3. 진단 확정된 폐암(C78.0)(전이암)의 경우 폐암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 폐암진단비(전이포함) 보장 소멸

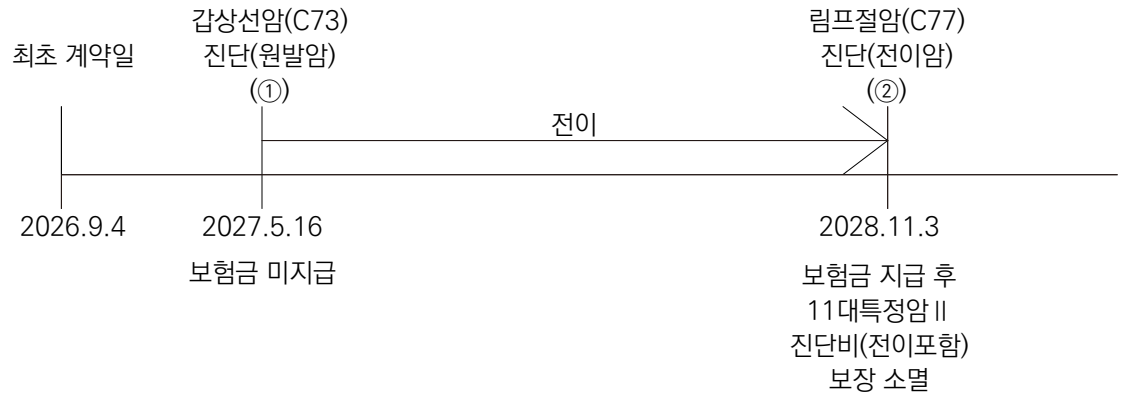
【보험금 지급[예시3]】



① : 2027.10.16. 진단 확정된 위암(C16)(원발암)의 경우 소화기관암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 소화기관암진단비(전이포함) 보장 소멸

② : 2028.11.3. 진단 확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우 이미 2026.10.16. 소화기관암진단비(전이포함) 보장이 소멸되었으므로, **보험금 미지급**

【보험금 지급[예시4]】



① : 2027.5.16. 진단 확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우 통합암진단비(유사암제외) 보장항목 제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

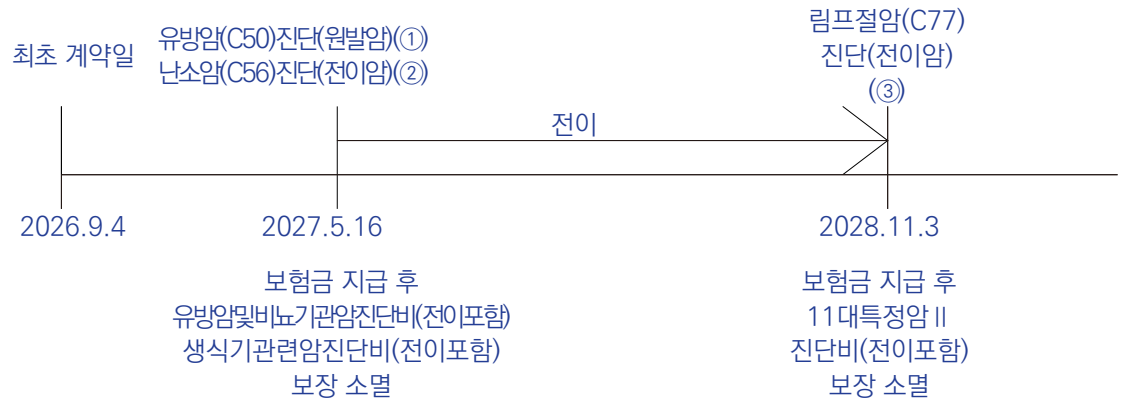
② : 2028.11.3. 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우 11대특정암Ⅱ진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 11대특정암Ⅱ진단비(전이포함) 보장 소멸

【보험금 지급[예시5]】



① : 2027.10.16. 진단 확정된 위암(C16)(원발암)의 경우 소화기관암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 소화기관암진단비(전이포함) 보장 소멸
② : 2028.11.3. 진단 확정된 편도암(C09)(원발암)의 경우 두경부암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 두경부암진단비(전이포함) 보장 소멸

【보험금 지급[예시6]】



① : 2027.5.16. 진단 확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우 유방암및비뇨기관암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 유방암및비뇨기관암진단비(전이포함) 보장 소멸
② : 2027.5.16. 진단 확정된 난소암(C56)(전이암)의 경우 생식기관련암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 생식기관련암진단비(전이포함) 보장 소멸
③ : 2028.11.3. 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우 11대특정암Ⅱ진단비(전이포함) 보험가입금액의100%를 보험금으로 지급 후 해당 11대특정암Ⅱ진단비(전이포함) 보장 소멸

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

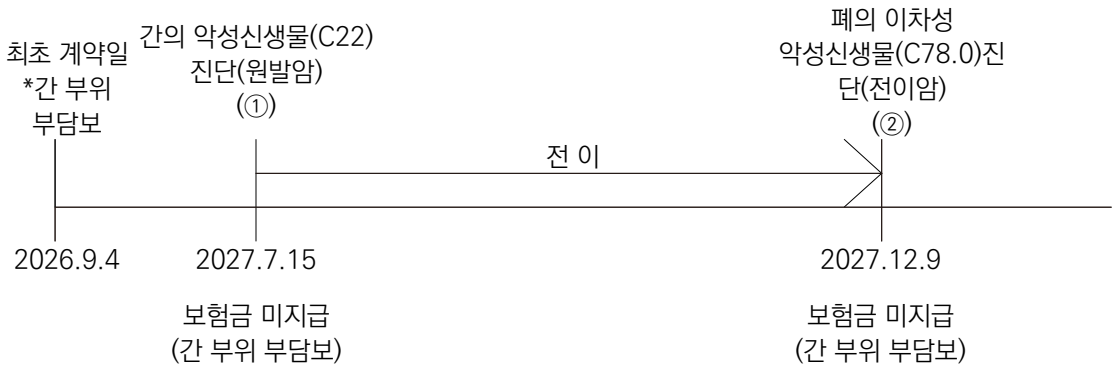
② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제4조("통합암(유사암제외)" 등의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "통합암(유사암제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)제3

항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

④ 이 특별약관의 피보험자가 "Ⅵ. 제도성 특별약관 6-5. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관"을 가입한 경우 면책기간동안 "Ⅵ. 제도성 특별약관 6-5. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호"에도 불구하고 "특정부위" 이외에서 발생한 암이 "특정부위"로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

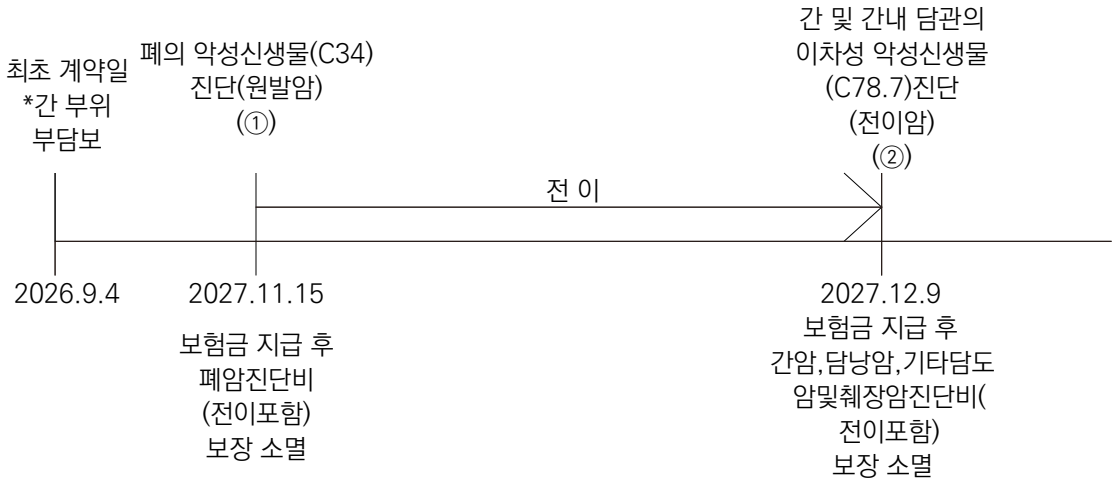
【보험금 지급[예시7]】



① : 2027.7.15. 진단 확정된 간의 악성신생물(C22)(원발암)의 경우 "Ⅵ. 제도성 특별약관 6-5. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

② : 2027.12.9. 진단 확정된 폐의 이차성 악성신생물(C78.0)(전이암)이 ①항의 간의 악성신생물(C22)(원발암)에서 전이된 경우 "Ⅵ. 제도성 특별약관 6-5. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

【보험금 지급[예시8]】



① :2027.11.15. 진단 확정된 폐의 악성신생물(C34)(원발암)의 폐암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 폐암진단비(전이포함) 보장 소멸

② : 2027.12.9. 진단 확정된 간 및 간내 담관의 이차성 악성신생물(암)(C78.7)(전이암)이 ①항의 폐의 악성신생물(C34)(원발암)에서 전이된 경우 "Ⅵ. 제도성 특별약관 6-5. 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고 간암,담낭암,기타담도암및췌장암진단비(전이포함) 보험가입금액의 100%를 보험금으로 지급 후 해당 간암,담낭암,기타담도암및췌장암진단비(전이포함) 보장 소멸

제4조("통합암(유사암제외)" 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "통합암(유사암제외)"이라 함은 "유방암 및 비뇨기관암(전이포함)", "소화기관암(전이포함)", "두경부암(전이포함)", "11대특정암Ⅱ(전이포함)", "폐암(전이포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이포함)", "3대특정고액암(전이포함)", "혈액암(전이포함)" 및 "생식기관련암(전이포함)"을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 "유방암 및 비뇨기관암(전이포함)", "소화기관암(전이포함)", "두경부암(전이포함)", "11대특정암Ⅱ(전이포함)", "폐암(전이포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이포함)", "3대특정고액암(전이포함)", "혈액암(전이포함)" 및 "생식기관련암(전이포함)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "통합암(유사암제외)(【별표101】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)"에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 (악성신생물(암) 분류표) 참조) 중 "기타피부암", "갑상선암" 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우를 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 (기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 (기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 제3항의 "암(유사암제외)"중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑦ 제1항의 "통합암(유사암제외)"에는 제6항을 적용하지 않습니다.

⑧ "유방암 및 비뇨기관암(전이포함)", "소화기관암(전이포함)", "두경부암(전이포함)", "11대특정암Ⅱ(전이포함)", "폐암(전이포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이포함)", "3대특정고액암(전이포함)", "혈액암(전이포함)" 및 "생식기관련암(전이포함)" 및 "암(유사암제외)"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "유방암 및 비뇨기관암(전이포함)", "소화기관암(전이포함)", "두경부암(전이포함)", "11대특정암Ⅱ(전이포함)", "폐암(전이포함)", "간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암(전이포함)", "3대특정고액암(전이포함)", "혈액암(전이포함)" 및 "생식기관련암(전이포함)" 및 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 해당 세부보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 통합암진단비(유사암제외)를 세부보장별로 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우, 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-125. 급여 특정 항암 부작용 약제 치료비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암 치료로 인하여 급여 특정 항구토제를 투약·처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급여 특정 항암부작용 약제(항구토제) 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

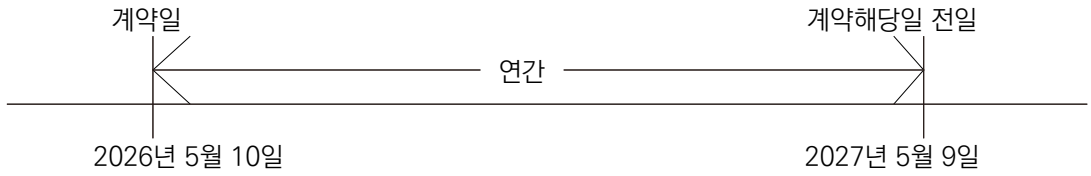
구 분	지급금액
급여 특정 항암부작용 약제(항구토제) 치료비(연간1회한)	급여 특정 항암부작용 약제(항구토제) 치료비(연간1회한) 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암 치료로 인하여 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제를 투약·처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급여 특정 항암부작용 약제(암 합병증 및 항암부작용) 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
급여 특정 항암부작용 약제(암 합병증 및 항암부작용) 치료비(연간1회한)	급여 특정 항암부작용 약제(암 합병증 및 항암부작용) 치료비(연간1회한) 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암" 및 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ "암" 및 "기타피부암"의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암" 및 "기타피부암"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, 기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

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

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(“급여 특정 항구토제” 및 “급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제”에 대한 정의)

① 이 특별약관에서 “급여 특정 항구토제”라 함은 “【별표102】 급여 특정 항구토제 분류표”에 따른 급여 특정 항구토제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에서 “급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제”라 함은 “【별표103】 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표”에 따른 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 『건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수』, 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침』 또는 『약제급여 목록 및 급여 상한금액표』의 개정에 따라 제1항 내지 제2항의 수가코드 및 약효분류번호가 폐지 또는 변경되어 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 『건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수』, 또는 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침』 또는 『약제급여 목록 및 급여 상한금액표』의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 지급사유 발생 당시의 『건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수』, 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침』 또는 『약제급여 목록 및 급여 상한금액표』에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」, 「급여 특정 항구토제」 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-126. 하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "암"으로 진단 확정되고 "암 보험금 지급기간" 이내에 "하이클래스 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)"를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 하이클래스 암주요치료비(연간1회한, 10년간)로 보험수익자에게 지급(최대 10회한)합니다.

② 제1항의 "암 보험금 지급기간"이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 처음으로 진단 확정된 "암"의 최초 진단 확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 "하이클래스 암주요치료"를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날 까지를 "암 보험금 지급기간"으로 합니다.

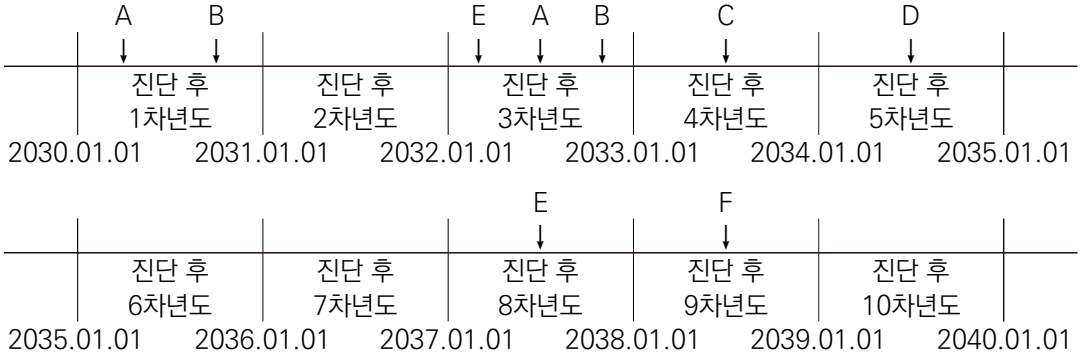
③ 제1항의 연간이라 함은 "암"의 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암"의 진단해당일("암"의 최초 진단 확정일과 동일한 월, 일을 말합니다.) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "암"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "암"의 진단해당일로 합니다.

【하이클래스 암주요치료비(연간1회한,10년간)[예시](가입금액 1,000만원 기준)】

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2030년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초 진단 확정일 : 2032년 1월 1일

※ 2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 "암"을 최초 진단받더라도 "암 보험금 지급기간"은 2030년 1월 1일로부터 최대 10년입니다.

A : 비급여 암수술(C15)	D : 급여 일부본인부담 항암약물치료(C32)
B : 비급여 항암방사선치료(C15)	E : 비급여 항암약물치료(C32)
C : 전액본인부담 항암약물치료(C15)	F : 전액본인부담 암수술(C32)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	진단 후 4차년도	진단 후 5차년도
1,000만원 지급	-	1,000만원 지급	1,000만원 지급	-

진단 후 6차년도	진단 후 7차년도	진단 후 8차년도	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
-	-	1,000만원 지급	1,000만원 지급	-

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

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

② 피보험자가 보험기간 중 “암”의 최초 진단 확정 후 보험기간이 만료되더라도 “암 보험금 지급기간”이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 “암”으로 “하이클래스 암주요치료”(“암수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료”)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 하이클래스 암주요치료비(연간1회한, 10년간)만 지급합니다.

제3조(“암”, “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】(기타피부암 및 갑상선암 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ “암(유사암제외)”, “기타피부암”, “갑상선암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration))또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)", “기타피부암”, “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조("하이클래스 암주요치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "하이클래스 암주요치료"라 함은 "암"을 제거하거나 "암"의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담"(요양급여비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 "비급여"에 해당되는 "암수술"을 받은 경우
2. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담"(요양급여비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 "비급여"에 해당되는 "항암방사선치료"을 받은 경우
3. "암"의 직접적인 치료를 목적으로 "전액본인부담"(요양급여비용 또는 의료급여비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 "비급여"에 해당되는 "항암약물치료"을 받은 경우

② "하이클래스 암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. "암"이나 "암" 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
8. 기타 "하이클래스 암주요치료"에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제1항의 "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 제1항의 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

제5조("암수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "암수술"이라 함은 "암"의 치료를 직접적인 목적으로 "수술"을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 "수술"은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제2항의 "수술"은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

⑤ 제1항 내지 제4항의 "수술"에서 아래 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

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

제6조("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 보험료 납입면제 미적용형 또는 보험료 납입면제형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[보험료 납입면제 미적용형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 "암"으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[보험료 납입면제형]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 "암"으로 진단 확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계

약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서(영수증), 의사 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 "암"으로 진단확정을 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "암 보험금 지급기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관을 2종(해약환급금미지급형Ⅱ)으로 가입한 경우라 하더라도 "암" 진단을 받고 "암 보험금 지급기간" 이내에 해지하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 정하는 바에 따라 1종(일반형)의 해약환급금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-127. 희귀질환자 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 제3조(“희귀질환자 산정특례대상”의 정의)에서 정의한 희귀질환자 산정특례대상으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀질환자 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “희귀질환자 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 “희귀질환자 산정특례대상 중 선천질환”의 경우에는 보험기간 중에 신규등록된 경우 최초 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 금액을 지급하여 드립니다.

④ 이 특별약관에서 “희귀질환자 산정특례대상 중 선천질환”이라 함은 제3조 (“희귀질환자 산정특례대상”의 정의)에서 정한 희귀질환 중 상병코드 Q로 시작하는 질병으로 특정기호 'V239', 'V214', 'V240', 'V179', 'V180', 'V143', 'V291', 'V144', 'V225', 'V269', 'V226', 'V145', 'V146', 'V147', 'V270', 'V148', 'V271', 'V272', 'V149', 'V150', 'V241', 'V181', 'V264', 'V227', 'V292', 'V265', 'V151', 'V182', 'V228', 'V183', 'V154', 'V229', 'V266', 'V230', 'V215', 'V242', 'V155', 'V300', 'V184', 'V156', 'V204', 'V216', 'V157', 'V185', 'V158', 'V243', 'V244', 'V186', 'V267', 'V159', 'V160', 'V205', 'V217', 'V021', 'V218', 'V245'에 해당하는 질병으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

⑤ 희귀질환 산정특례대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【희귀질환자 산정특례 재등록】

법령에서 정한 희귀질환자 산정특례기간(5년, 상세불명희귀질환은 1년) 종료시점에 등록된 희귀질환의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

【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

제3조(“희귀질환자 산정특례대상”의 정의)

① 이 특별약관에서 “희귀질환자 산정특례대상”이라 함은 「희귀질환자 산정특례대상 분류표」(【별표159】 희귀질환자 산정특례대상 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 희귀질환으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 희귀질환자 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

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

[희귀질환자 산정특례 등록신청 절차]

"희귀질환자 산정특례 대상"에 해당하여 의사가 희귀질환으로 확진한 경우「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 다만, [별표15의] 희귀질환자 산정특례 대상 분류표의 Ⅲ~Ⅴ에 해당하는 경우, 공단이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 Ⅳ~Ⅴ에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

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

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

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

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

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

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

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 희귀질환자 산정특례대상진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

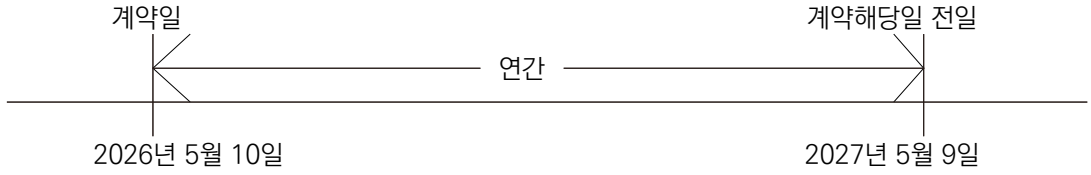
2-128. 순환계질환 주요치료 생활비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “순환계질환”으로 진단확정되고 그 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “순환계질환 주요치료”를 받은 경우 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 순환계질환 주요치료 생활비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 순환계질환 주요치료 생활비(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 각각 다른 "순환계질환"으로 순환계질환 주요치료(수술(혈전제거술제외),혈전제거술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실 치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환 주요치료 생활비(연간1회한)만 지급합니다.

④ 제4조(“순환계질환 주요치료”의 정의)의 “종합병원 중환자실치료”를 받은 경우 보험금 지급기준일은 “종합병원 중환자실치료”를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조(“순환계질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “순환계질환”이라 함은 「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」(【별표90】 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표 참조)에서 정한 “특정심장질환Ⅴ”, “뇌혈관질환”, “기타순환계질환”을 말합니다.

1. 제1항에서의 “특정심장질환Ⅴ”라 함은 특정심장질환Ⅴ로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 특정심장질환Ⅴ 참조)을 말합니다.
2. 제1항에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
3. 제1항에서의 “기타순환계질환”이라 함은 기타순환계질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 기타순환계질환 참조)을 말합니다.

② 제1항의 “순환계질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항 제1호의 “특정심장질환Ⅴ”의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하고, 제1항 제2호의 “뇌혈관질환”의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화

단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항 제3호의 "기타순환계질환"의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 심전도, 심장초음파, 내시경검사, 대동맥조영술(aortography), 전산화단층촬영(CT) 및 자기공명영상법(MRI) 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "순환계질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "순환계질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "특정심장질환Ⅴ", "뇌혈관질환" 또는 "기타순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술(혈전제거술제외)"을 받은 경우
2. "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전제거술"을 받은 경우
3. "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
4. "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사면허를 가진 자(이하, 「의사」라 합니다)에 의하여 "순환계질환"으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등 의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
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

제6조("혈전제거술"의 정의)

① 이 특별약관에서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외합니다.

제7조("혈전용해치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 "뇌혈관질환" 또는 "특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제1항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환"으로 인한 직접적인 치료를 목적

으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 “순환계질환”으로 「의료법」 제3조의3(종합병원) 및 제3의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원·종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② "순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로한 입원으로 봅니다.

③ 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

④ 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병분류 번호 기입), 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술, 초음파검사결과지 등 기타 검사결과지 포함), 수술기록지, 진료비계산서, 의사처방전(처방조제비)등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-129. 순환계질환 주요치료 생활비(연간2,3,4회이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “순환계질환”으로 진단확정되고 그 “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 받은 “순환계질환 주요치료”의 “연간 순환계질환 주요치료횟수”가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 순환계질환 주요치료 생활비(연간2,3,4회이상)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	연간 순환계질환 주요치료횟수	지급금액
순환계질환 주요치료 생활비 (연간2,3,4회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	3회	이 특별약관 보험가입금액의 150%
	4회이상	이 특별약관 보험가입금액의 200%

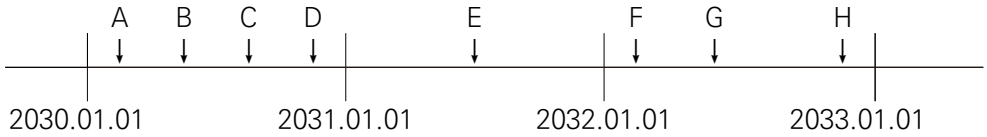
② 제1항에도 불구하고 피보험자가 “연간 순환계질환 주요치료횟수” 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 “연간 순환계질환 주요치료횟수” 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 “연간 순환계질환 주요치료횟수” 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 “연간 순환계질환 주요치료횟수” 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

【순환계질환 주요치료 생활비[예시]】

보험계약일 : 2027년 1월 1일, 가입금액: 1,000만원 기준

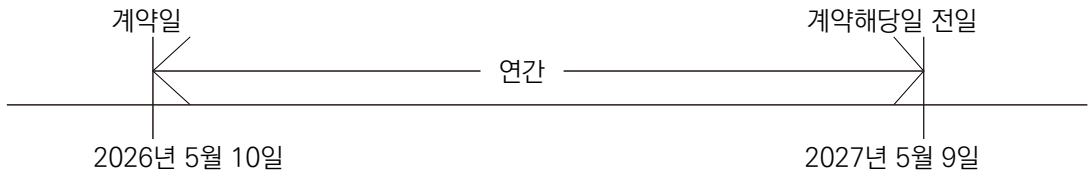
A : 순환계질환 수술
B : 순환계질환 혈전제거술
C : 뇌혈관질환 혈전용해치료
D : 순환계질환 종합병원 중환자실치료
E : 특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료
F : 순환계질환 수술
G: 순환계질환 혈전제거술
H: 순환계질환 종합병원 중환자실치료



A : 보험금 **미지급**(연간 순환계질환 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 순환계질환 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 순환계질환 주요치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 500만원 지급(연간 순환계질환 주요치료횟수 4회)
→ 4회에 해당하는 보험금(2,000만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,500만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 **미지급**(연간 순환계질환 주요치료횟수 1회)
F : 보험금 **미지급**(연간 순환계질환 주요치료횟수 1회)
G : 1,000만원 지급(연간 순환계질환 주요치료횟수 2회)
H : 500만원 지급(연간 순환계질환 주요치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급

④ 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① “연간 순환계질환 주요치료횟수”라 함은 피보험자가 “순환계질환” 으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 “순환계질환 주요치료”의 치료 항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 산정 후 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
순환계질환 수술(혈전제거술 제외)	수술1회당
순환계질환 혈전제거술	수술1회당
뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한
특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료	연간1회한
순환계질환 종합병원 중환자실치료	연간1회한

【연간 순환계질환 주요치료횟수 산정 예시 1】

· 연간 순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 2회,
순환계질환 혈전제거술 0회,
뇌혈관질환 혈전용해치료 1회,
특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료 0회,
순환계질환 종합병원 중환자실치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 순환계질환 주요치료횟수 : 4회(순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 2회+순환계질환 혈전제거술 0회
+뇌혈관질환 혈전용해치료 1회+특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료 0회
+순환계질환 종합병원 중환자실치료 1회)

【연간 순환계질환 주요치료횟수 산정 예시 2】

· 연간 순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 0회,
순환계질환 혈전제거술 1회,
뇌혈관질환 혈전용해치료 3회,
특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료 2회,
순환계질환 종합병원 중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 순환계질환 주요치료횟수 : 4회(순환계질환 수술(혈전제거술 제외) 0회+순환계질환 혈전제거술 1회
+뇌혈관질환 혈전용해치료 1회+특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료 1회
+순환계질환 종합병원 중환자실치료 1회)
※ 뇌혈관질환 혈전용해치료, 특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료, 순환계질환 종합병원 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

② “연간 순환계질환 주요치료횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

③ 치료 행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술(혈전제거술제외)을 2회 이상 받은 경우에도 1회로 산정합니다. 이때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 치료 행위 중 혈전제거술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 혈전제거술을 2회 이상 받은 경우에도 1회로 산정합니다. 이때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “뇌혈관질환”으로 “뇌혈관질환 혈전용해치료”를 받은 경우에도 “순환계질환 주요치료” 항목 중 “뇌혈관질환 혈전용해치료”에 한하여 “연간 순환계질환 주요치료횟수”를 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환”으로 “특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료”를 받은 경우에도 “순환계질환 주요치료” 항목 중 “특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환 혈전용해치료”에 한하여 “연간 순환계질환 주요치료횟수”를 1회로 산정합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “순환계질환”으로 각각 다른 “종합병원 중환자실치료”에 대한 경우에도 “순

환계질환 주요치료” 항목 중 “순환계질환 종합병원 중환자실치료”에 한하여 “연간 순환계질환 주요치료횟수”를 1회로 산정합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 순환계질환 주요치료 생활비(연간 2,3,4회이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

⑩ 제4조(“순환계질환 주요치료”의 정의)의 “종합병원 중환자실치료”를 받은 경우 보험금 지급기준일은 “종합병원 중환자실치료”를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조(“순환계질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “순환계질환”이라 함은 「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」(【별표90】 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표 참조)에서 정한 “특정심장질환Ⅴ”, “뇌혈관질환”, “기타순환계질환”을 말합니다.

1. 제1항에서의 “특정심장질환Ⅴ”라 함은 특정심장질환Ⅴ로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 특정심장질환Ⅴ 참조)을 말합니다.
2. 제1항에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
3. 제1항에서의 “기타순환계질환”이라 함은 기타순환계질환으로 분류되는 질병(「특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표」 중 기타순환계질환 참조)을 말합니다.

② 제1항의 “순환계질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항 제1호의 “특정심장질환Ⅴ”의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하고, 제1항 제2호의 “뇌혈관질환”의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항 제3호의 “기타순환계질환”의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 심전도, 심장초음파, 내시경검사, 대동맥조영술(aortography), 전산화단층촬영(CT) 및 자기공명영상법(MRI) 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “순환계질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “순환계질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“순환계질환 주요치료”의 정의)

이 특별약관에서 “순환계질환 주요치료”라 함은 “특정심장질환Ⅴ”, “뇌혈관질환” 또는 “기타순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “수술(혈전제거술제외)”을 받은 경우
2. “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전제거술”을 받은 경우
3. “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우
4. “순환계질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원 중환자실치료”를 받은 경우

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사면허를 가진 자(이하, 「의사」라 합니다)에 의하여 “순환계질환”으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에

"순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등 의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
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

제6조("혈전제거술"의 정의)

① 이 특별약관에서 "혈전제거술"이라 함은 의사가 "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 제1항의 "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외합니다.

제7조("혈전용해치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 "뇌혈관질환" 또는 "특정심장질환Ⅴ·기타순환계질환"의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제1항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조("종합병원 중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환"으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "순환계질환"으로 「의료법」 제3조의3(종합병원) 및 제3의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원·종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

② "순환계질환"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "순환계질환"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "순환계질환"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "순환계질환"으로 진단된 경우에는 이는 "순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로한 입원으로 봅니다.

③ 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

④ 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 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 수

의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("입원"과 "통원"의 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 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 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) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명 및 질병분류 번호 기입), 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술, 초음파검사결과지 등 기타 검사결과지 포함), 수술기록지, 진료비계산서, 의사처방전(처방조제비)등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-130. 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간1회한) 특별약관

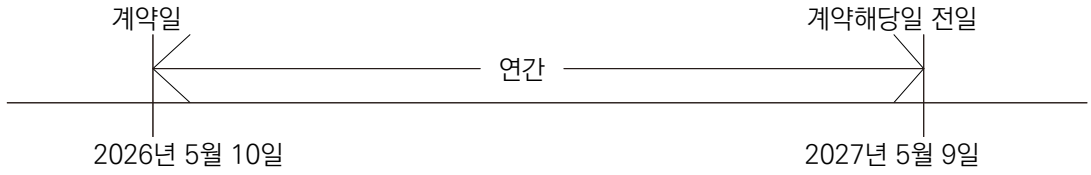
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 “암(유사암제외)”으로 진단확정되고 그 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원”에서 “암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료)”를 받은 경우 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “종합병원”이라 함은 제9조(“종합병원”의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

③ 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 각각 다른 "암(유사암제외)"으로 암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간1회한)만 지급합니다.

④ 제9조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑤ 제4조(“암주요치료”의 정의)의 “중환자실치료”를 받은 경우 보험금 지급기준일은 “중환자실치료”를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조(“암(유사암제외)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

④ "암(유사암제외)"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 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는

것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제6조(“항암방사선치료” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 “항암약물치료”중에서 제7조(“항암호르몬약물치료”의 정의)에서 정한 “항암호르몬약물치료”를 제외한 치료를 말합니다.

제7조(“항암호르몬약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 "항암호르몬약물치료"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표92】「항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명」에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

제8조(“중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “암(유사암제외)”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 “암(유사암제외)”으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-131. 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간2,3,4회이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원"에서 받은 "암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료)"의 "연간 암주요치료횟수"가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비(연간2,3,4회이상)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	연간 암주요치료횟수	지급금액
종합병원 암(유사암제외) 주요치료 생활비 (연간2,3,4회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	3회	이 특별약관 보험가입금액의 150%
	4회이상	이 특별약관 보험가입금액의 200%

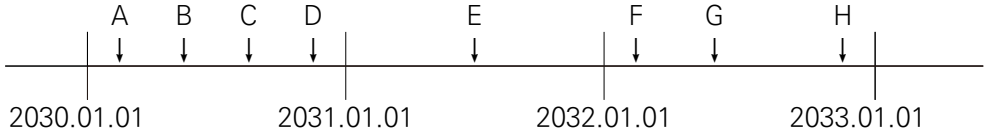
② 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암주요치료횟수" 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암주요치료횟수" 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 "연간 암주요치료횟수" 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 "연간 암주요치료횟수" 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

【종합병원 암(유사암제외)주요치료 생활비[예시]】

보험계약일 : 2027년 1월 1일, 가입금액: 1,000만원 기준

A : 암(유사암제외) 수술
B : 암(유사암제외) 항암방사선치료
C : 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
D : 암(유사암제외) 중환자실치료
E : 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
F : 암(유사암제외) 수술
G: 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
H: 암(유사암제외) 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)

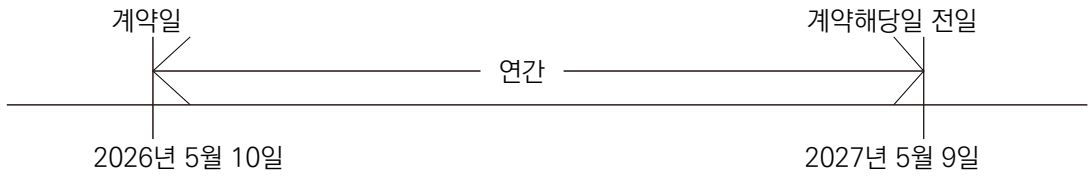


A : 보험금 **미지급**(연간 암주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 암주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암주요치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 500만원 지급(연간 암주요치료횟수 4회)
→ 4회에 해당하는 보험금(2,000만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,500만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 **미지급**(연간 암주요치료횟수 1회)
F : 보험금 **미지급**(연간 암주요치료횟수 1회)
G : 1,000만원 지급(연간 암주요치료횟수 2회)
H : 보험금 **미지급**
→ 여러번 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우에도 "암주요치료" 항목 중 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"에 한하여 "연간 암주요치료횟수"를 1회로 산정하므로 보험금 미지급

④ 제1항의 "종합병원"이라 함은 제9조("종합병원"의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

⑤ 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① “연간 암주요치료횟수”라 함은 피보험자가 “암(유사암제외)” 으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 “암주요치료”의 치료 항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 산정 후 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회한
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한
중환자실치료	연간1회한

【연간 암주요치료횟수 산정 예시 1】

· 연간 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 1회,
중환자실치료 0회 시행한 경우

⇒ 연간 암주요치료횟수 : 3회(수술 2회+항암방사선치료 0회
+항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)1회+중환자실치료 0회)

【연간 암주요치료횟수 산정 예시 2】

· 연간 수술 0회,
항암방사선치료 3회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 3회,
중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암주요치료횟수 : 3회(수술 0회+항암방사선치료 1회
+항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)1회+중환자실치료 1회)

※ 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

② “연간 암주요치료횟수”는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

③ 치료 행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 1회로 산정합니다. 이때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “암(유사암제외)”으로 각각 다른 “항암방사선치료”를 받은 경우에도 “암주요치료” 항목 중 “항암방사선치료”에 한하여 “연간 암주요치료횟수”를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “암(유사암제외)”으로 각각 다른 “항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)”를 받은 경우에도 “암주요치료” 항목 중 “항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)”에 한하여 “연간 암주요치료횟수”를 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “암(유사암제외)”으로 각각 다른 “중환자실치료”에 대한 경우에도 “암주요치료” 항목 중 “중환자실치료”에 한하여 “연간 암주요치료횟수”를 1회로 산정합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 암(유사암제외)주요치료생활비(연간2,3,4회이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

⑨ 제9조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑩ 제4조(“암주요치료”의 정의)의 “중환자실치료”를 받은 경우 보험금 지급기준일은 “중환자실치료”를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조(“암(유사암제외)”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)을 말합니다.

④ "암(유사암제외)"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 하여야하며, 이 경우 "암(유사암제외)"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 "암(유사암제외)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위

원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② "암주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 "암주요치료"에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암제외)"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

> **【신의료기술평가위원회】**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제1항의 수술은 "항암방사선치료"와 "항암약물치료"는 제외합니다.

제6조("항암방사선치료" 등의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 "항암약물치료"중에서 제7조("항암호르몬약물치료"의 정의)에서 정한 "항암호르몬약물치료"를 제외한 치료를 말합니다.

제7조("항암호르몬약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암호르몬약물치료"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표92】「항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명」에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

제8조("중환자실치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "암(유사암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중 "암(유사암제외)"으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 "중환자실"이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조("입원"과 "통원"의 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 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 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 "종합병원"에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-132. 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간1회한) 특별약관

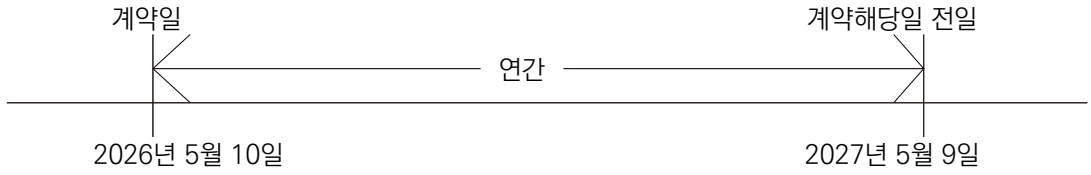
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정되고 그 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원”에서 “암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료)”를 받은 경우 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 “종합병원”이라 함은 제9조(“종합병원”의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

③ 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



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)에서 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, 정신병원, 종합병원

② 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 각각 다른 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간1회한)만 지급합니다.

④ 제9조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑤ 제4조(“암주요치료”의 정의)의 “중환자실치료”를 받은 경우 보험금 지급기준일은 “중환자실치료”를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조(“유사암”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “유사암”이라 함은 제2항부터 제5항까지 정한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “제자리신생물”(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “행동양식 불명 또는 미상

의 신생물”(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ “기타피부암”, “제자리암” 및 “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 하며, 이 경우 “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제6조(“항암방사선치료” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 “항암약물치료”중에서 제7조(“항암호르몬약물치료”의 정의)에서 정한 “항암호르몬약물치료”를 제외한 치료를 말합니다.

제7조(“항암호르몬약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 "항암호르몬약물치료"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표92】「항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명」에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

제8조(“중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종

양”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 “종합병원”에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-133. 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간2,3,4회이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정되고 그 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원”에서 받은 “암주요치료(수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료)”의 “연간 암주요치료횟수”가 2회이상인 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간2,3,4회이상)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	연간 암주요치료횟수	지급금액
종합병원 유사암 주요치료 생활비 (연간2,3,4회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	3회	이 특별약관 보험가입금액의 150%
	4회이상	이 특별약관 보험가입금액의 200%

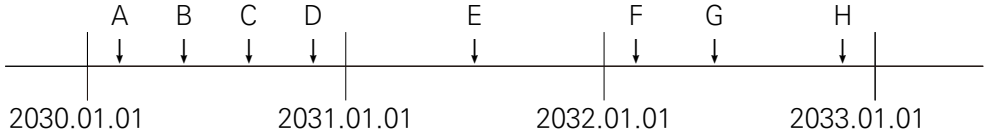
② 제1항에도 불구하고 피보험자가 “연간 암주요치료횟수” 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 “연간 암주요치료횟수” 3회 또는 4회이상에 해당하게 된 경우에는 3회 또는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 “연간 암주요치료횟수” 3회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 “연간 암주요치료횟수” 4회이상에 해당하게 된 경우에는 4회이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

【종합병원 유사암주요치료 생활비[예시]】

보험계약일 : 2027년 1월 1일, 가입금액: 100만원 기준

A : 유사암 수술
B : 유사암 항암방사선치료
C : 유사암 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)
D : 유사암 중환자실치료
E : 유사암 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)
F : 유사암 수술
G: 유사암 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)
H: 유사암 항암약물치료 (항암호르몬약물치료제외)

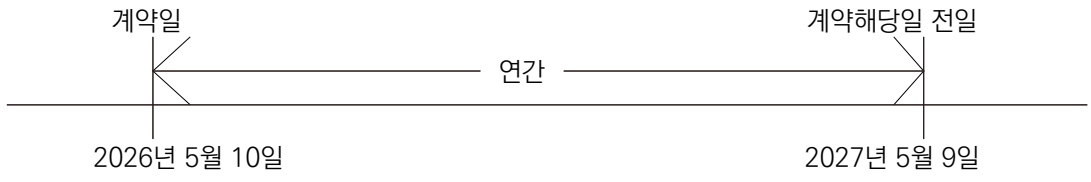


A : 보험금 **미지급**(연간 암주요치료횟수 1회)
B : 100만원 지급(연간 암주요치료횟수 2회)
C : 50만원 지급(연간 암주요치료횟수 3회)
→ 3회에 해당하는 보험금(150만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(100만원)을 차감하고 지급
D : 50만원 지급(연간 암주요치료횟수 4회)
→ 4회에 해당하는 보험금(200만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(150만원)을 차감하고 지급
E : 보험금 **미지급**(연간 암주요치료횟수 1회)
F : 보험금 **미지급**(연간 암주요치료횟수 1회)
G : 100만원 지급(연간 암주요치료횟수 2회)
H : 보험금 **미지급**
→ 여러번 “항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)”를 받은 경우에도 “암주요치료” 항목 중 “항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)”에 한하여 “연간 암주요치료횟수”를 1회로 산정하므로 보험금 미지급

④ 제1항의 “종합병원”이라 함은 제9조(“종합병원”의 정의)에서 규정한 종합병원을 의미합니다.

⑤ 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 계약해당일로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① "연간 암주요치료횟수"라 함은 피보험자가 "유사암" 으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 "암주요치료"의 치료 항목별 연간 치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 산정 후 합산한 횟수를 말합니다.

주요치료 항목	산정기준
수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회한
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)	연간1회한
중환자실치료	연간1회한

【연간 암주요치료횟수 산정 예시 1】

· 연간 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 1회,
중환자실치료 0회 시행한 경우

⇒ 연간 암주요치료횟수 : 3회(수술 2회+항암방사선치료 0회
+항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)1회+중환자실치료 0회)

【연간 암주요치료횟수 산정 예시 2】

· 연간 수술 0회,
항암방사선치료 3회,
항암약물치료(항암호르몬약물치료제외) 3회,
중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암주요치료횟수 : 3회(수술 0회+항암방사선치료 1회
+항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)1회+중환자실치료 1회)

※ 항암방사선치료, 항암약물치료(항암호르몬약물치료제외), 중환자실치료의 경우 산정기준이 연간1회한이므로 연간2회이상 치료시에도 각각 1회로 적용합니다.

② "연간 암주요치료횟수"는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

③ 치료 행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 1회로 산정합니다. 이때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 각각 다른 "항암방사선치료"를 받은 경우에도 "암주요치료" 항목 중 "항암방사선치료"에 한하여 "연간 암주요치료횟수"를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 각각 다른 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우에도 "암주요치료" 항목 중 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"에 한하여 "연간 암주요치료횟수"를 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 각각 다른 "중환자실치료"에 대한 경우에도 "암주요치료" 항목 중 "중환자실치료"에 한하여 "연간 암주요치료횟수"를 1회로 산정합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 종합병원 유사암주요치료 생활비(연간2,3,4회이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

⑨ 제9조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 종합병원 지정기준이 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑩ 제4조("암주요치료"의 정의)의 "중환자실치료"를 받은 경우 보험금 지급기준일은 "중환자실치료"를 시작한 일자를 기준으로 합니다.

제3조("유사암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제2항부터 제5항까지 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ "기타피부암", "제자리암" 및 "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 하며, 이 경우 "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ "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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항 및 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(“암주요치료”의 정의)

① "암주요치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다]로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
2. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료"를 받은 경우
3. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"를 받은 경우
4. "유사암"의 직접적인 치료를 목적으로 "중환자실치료"를 받은 경우

② “암주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력강화치료
3. 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
5. 호르몬투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
6. 항구토제 등 항암효과가 아닌 지지요법에 활용되는 약제와 관련하여 소요된 비용
7. 기타 "암주요치료"와 관련이 없는 각종 치료 및 비용 (진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등)

③ 제1항의 “암주요치료”에는 종합병원에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 경우에 한합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

④ 제1항의 수술은 “항암방사선치료”와 “항암약물치료”는 제외합니다.

제6조(“항암방사선치료” 등의 정의)

① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 등 해당진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "항암약물치료(항암호르몬약물치료제외)"라 함은 제2항에서 정한 “항암약물치료”중에서 제7조(“항암호르몬약물치료”의 정의)에서 정한 “항암호르몬약물치료”를 제외한 치료를 말합니다.

제7조(“항암호르몬약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 "항암호르몬약물치료"라 함은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【항암호르몬약물치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

항암호르몬약물치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2025년 8월 기준 항암호르몬약물치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표92】「항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명」에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

제8조(“중환자실치료”의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 “중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”으로 중환자실에 입원하여 의사의 관리 하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 “중환자실”이라 함은 「의료법」 시행규칙 별표4에 따른 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

【의료법 시행규칙 별표4】

의료기관의 시설기준 및 규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제9조("종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 규정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건】

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.

※ 상기 종합병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조("입원"과 "통원"의 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 등에서 치료가 곤란하여 "종합병원"에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 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 "종합병원"에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 (「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사결과지, 수술기록지 포함), 진료비계산서, 암주요치료 내용이 기재된 소견서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

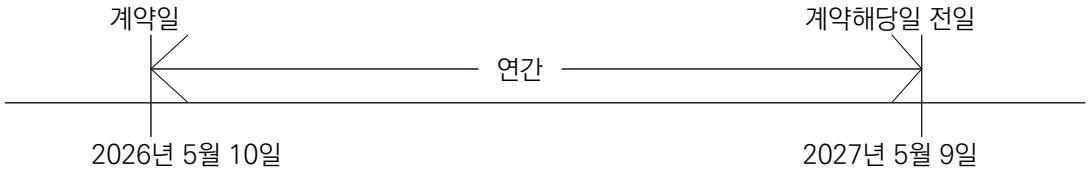
2-134. 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)(연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 로봇특정수술을 받은 경우에는 세부수술별(근치적 방광절제술 및 적출술, 신부분절제술, 근치적 전립선절제술, 자궁근종절제술, 자궁적출술, 양성 부속기종양적출술)로 각각 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 로봇특정수술비(다빈치및레보아이)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("로봇특정수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "로봇특정수술"이라 함은 "로봇수술" 중 아래의 수술에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 근치적 방광절제술 및 적출술(Radical Cystectomy)
2. 신부분절제술(Partial Nephrectomy)
3. 근치적 전립선절제술(Radical Prostatectomy)
4. 자궁근종절제술(Myomectomy)
5. 자궁적출술(Hysterectomy)
6. 양성 부속기종양적출술(Extirpation of Adnexal Benign Tumor)

② 제1항의 "로봇수술"은 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ966	로봇 보조 수술

【로봇수술】

이 특별약관에서 로봇수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

③ 제2항의 "로봇수술"은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강

보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "로봇특정수술" 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "로봇특정수술" 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제2항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "로봇특정수술"을 받은 것으로 봅니다.

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술확인서, 의사소견서, 진료기록부, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비계산서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-135. 결핵질환자 산정특례대상 진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 제3조(“결핵질환자 산정특례대상”의 정의)에서 정의한 결핵질환자 산정특례대상으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 결핵질환자산정특례대상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “결핵질환자 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

③ 결핵질환자 산정특례대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 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.

【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

제3조(“결핵질환자 산정특례대상””의 정의)

① 이 특별약관에서 "결핵질환자 산정특례대상"이라 함은「결핵질환자 산정특례대상 분류표(【별표109】 결핵질환자 산정특례대상 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 결핵으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 결핵질환자 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[결핵질환자 산정특례 등록신청 절차]

“결핵질환자 산정특례대상”에 해당하여 의사가 결핵으로 확진한 경우「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청해야 합니다. 결핵치료를 위하여 수진자가 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우에는 요양기관마다 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 합니다. 결핵 산정특례 등록은 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 질병관리청에 신고여부 확인 후 승인처리됩니다. (FAX/내방/우편으로 결핵 산정특례 등록 신청 시, ‘결핵환자 등 신고·보고서’ 제출 필수)

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

①「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된

기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "결핵질환자 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 결핵질환자 산정특례대상 진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-136. 뇌전증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌전증으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 뇌전증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조("뇌전증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌전증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌전증"(【별표110】 뇌전증 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 뇌전증, 뇌전증지속상태를 말하며, 경련성 발작, 열성경련, 상세불명의 경련, 뇌졸중에 합병된 발작은 보장하지 않습니다.

② "뇌전증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사(EEG), 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 경우에 한하여 "뇌전증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-137. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("약제내성결핵(슈퍼결핵포함)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "약제내성결핵(슈퍼결핵포함)"이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병(【별표163】 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표 참조)을 말합니다. 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin)에 내성이 있는 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)균이 발견된 경우도 "약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)"으로 인정합니다.

② "약제내성결핵(슈퍼결핵포함)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-138. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한,10일면책)(갱신형) 특별약관

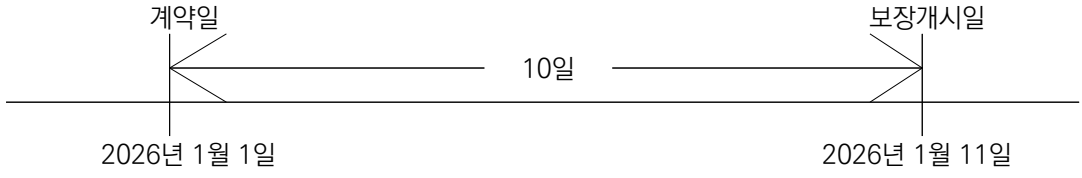
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일 이후에 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고, “독감(인플루엔자)”의 치료를 직접적인 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 보통약관 제42조(계약의 자동갱신)에 따라 이 특별약관이 자동갱신 되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 보장개시일로 합니다.

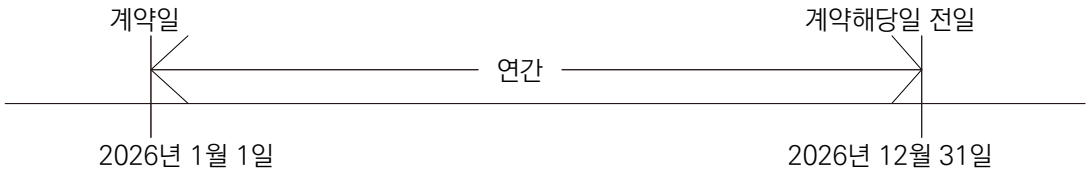
【보장개시일[예시]】

- 갱신형(최초계약)의 경우



③ 제1항의 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“독감(인플루엔자)” 및 “독감 항바이러스제”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 “독감(인플루엔자)”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “독감(인플루엔자) 분류표”(【별표36】 독감(인플루엔자) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “독감(인플루엔자)”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “독감(인플루엔자)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 “독감 항바이러스제”라 함은 “독감(인플루엔자)”의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위하여 사용하는 약제로써 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 “효능·효과” 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

【독감 항바이러스제 해당 성분명 안내】
성분명은 "효능·효과"를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
- 오셀타미비르(oseltamivir)
- 자나미비르(zanamivir)
- 페라미비르(peramivir)
- 발록사비르(baloxavir)

※ 상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

〈식품의약품안전처 허가 내 효능·효과 확인 방법〉
식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(의사처방전(처방조제비), "독감 항바이러스제" 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사 소견서, 진료비계산서(영수증), 진료비세부내역서, 진료기록부(검사결과지) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-139. 항암중입자방사선치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암 또는 보험기간 중에 기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 "항암중입자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암중입자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

【유의사항】

제자리암, 경계성종양의 치료는 이 특별약관에서 보장하지 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “악성신생물(암)”(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다. 또한, “전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)”에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 “기타피부암 및 갑상선암”(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ “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 하며, 이 경우 “갑상선암”의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘제4항 및 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때’ 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조("항암중입자방사선치료", "항암방사선치료", "항암양성자방사선치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암중입자방사선치료"라 함은 제2항에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 중입자치료센터에서 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양 학과 등 해당 진료과목의 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.

③ 이 특별약관에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 제2항에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내 또는 국외에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

【항암중입자방사선치료란?】

항암중입자방사선치료는 항암방사선치료의 하나로, 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 적은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암중입자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암중입자방사선치료비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-140. 질병특정급여시술치료비(연간1회한) 특별약관

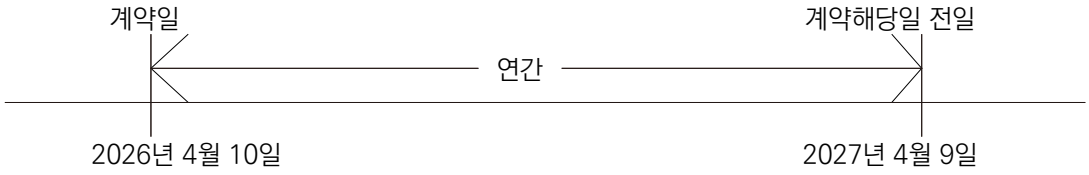
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 질병특정급여시술치료를 받은 경우 보험수익자에게 아래의 특정급여시술치료별 지급금액을 질병특정급여시술치료비로 지급합니다.

구 분	지급횟수	지급금액
질병 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)	연간1회한	보험가입금액의 100%
질병 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)	연간1회한	보험가입금액의 100%
질병 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)	연간1회한	보험가입금액의 100%
질병 특정급여시술치료(급여)(기타)	연간1회한	보험가입금액의 100%

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 질병 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병특정급여시술치료비만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 질병 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병특정급여시술치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 질병 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병특정급여시술치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병 특정급여시술치료(급여)(기타)”를 받은 경우에도 특정급여시술치료항목 중 질병 특정급여시술치료(급여)(기타)에 한하여 질병, 부위, 종류 및 횟수와 상관없이 1회의 질병특정급여시술치료비만 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 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(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

제4조("질병 특정급여시술치료(급여)"의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병특정급여시술치료(주요치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구 분
질병 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)
질병 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)
질병 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)
질병 특정급여시술치료(급여)(기타)

1. 제2항 내지 제3항에서 정한 "질병 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농)"를 받은 경우
2. 제2항 내지 제3항에서 정한 "질병 특정급여시술치료(급여)(신경차단술)"를 받은 경우
3. 제2항 내지 제3항에서 정한 "질병 특정급여시술치료(급여)(도수정복술)"를 받은 경우
4. 제2항 내지 제3항에서 정한 "질병 특정급여시술치료(급여)(기타)"를 받은 경우

② 이 특별약관에서 "질병 특정급여시술치료(급여)"라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 "질병특정급여시술치료(주요치료)"의 특정급여시술치료항목 중 질병 특정급여시술치료(급여)(흡인,천자,절개,배액,배농), 질병 특정급여시술치료(급여)(신경차단술), 질병 특정급여시술치료(급여)(도수정복술), 질병 특정급여시술치료(급여)(기타)(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)를 총칭합니다.

③ 제2항의 "특정시술치료(급여)"라 함은 의사가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 「특정급여시술치료(급여) 대상 수가코드」(【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "질병 특정급여시술치료(급여)"의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "질병 특정급여시술치료(급여)"의료행위 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 제2항의 "질병 특정급여시술치료(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "질병 특정급여시술치료(급여)"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 사고증명서, 진단서 , 각 특정급여 시술치료 항목별 목적이 기재된 의사소견서 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)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-141. 중증난치질환자 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 제3조("중증난치질환자 산정특례대상"의 정의)에서 정의한 중증난치질환자 산정특례대상으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증난치질환자 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 "중증난치질환자 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

③ 중증난치질환자 산정특례대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【중증난치질환자 산정특례 재등록】

법령에서 정한 중증난치질환자 산정특례기간(5년) 종료시점에 등록된 중증난치질환의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

【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

제3조("중증난치질환자 산정특례대상"의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증난치질환자 산정특례대상"이라 함은「중증난치질환자 산정특례대상 분류표(【별표160】 중증난치질환자 산정특례대상 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 중증난치질환으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증난치질환자 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차]

1. "중증난치질환자 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환으로 확진한 경우「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
2. 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0, P22.8, P22.9) 상병은 생후 24개월 이내 신청가능하며, 인체면역바이러스질환(상병코드 B20~B24) 상병은 등록하지 않고 산정특례 적용합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증난치질환자 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중증난치질환자 산정특례대상진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

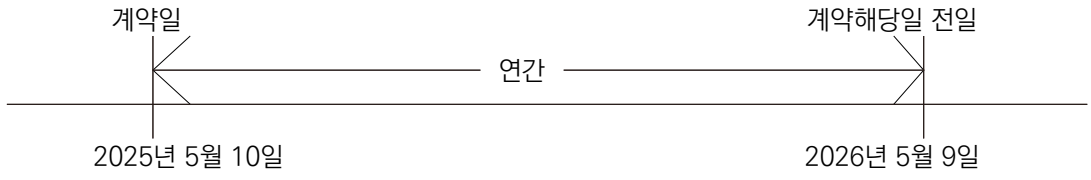
2-142. 내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “내향성손발톱”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "내향성손발톱 치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 내향성손발톱치료비(소독,도포및붕대치료제외)로 지급합니다.

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“내향성손발톱”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “내향성손발톱”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 내향성손발톱(【별표123】 내향성손발톱 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "내향성손발톱 치료"라 함은 국제의료행위분류(ICD-9-CM)에 있어서 수술 및 처치분류번호 ‘86 (피부 및 피부밑조직 수술)’에 따른 (【별표124】 내향성손발톱 수술 및 처치코드 참조) 에 해당하는 수술 및 치료를 말합니다. 다만, 단순 상처소독, 약물 도포, 붕대 등은 보장에서 제외합니다.

③ "내향성손발톱"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 등을 근거하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 또는 시술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-143. 2대중추신경계특정질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "2대중추신경계특정질환"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대중추신경계특정질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 "2대중추신경계특정질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("2대중추신경계특정질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "2대중추신경계특정질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 2대중추신경계특정질환(【별표113】 2대중추신경계특정질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "2대중추신경계특정질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌척수액검사, 혈관조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "2대중추신경계특정질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, MRI, 뇌척수액검사 및 혈관조영술 등 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대중추신경계특정질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-144. 7대호흡계질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정5대호흡계질환" 또는 "특정2대호흡계질환"으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 7대호흡계질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

> **【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "7대호흡계질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("7대호흡계질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "7대호흡계질환"이라 함은 "특정5대호흡계질환" 및 "특정2대호흡계질환"에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 "특정5대호흡계질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정5대호흡계질환(【별표114】 특정5대호흡계질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "특정2대호흡계질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정2대호흡계질환(【별표115】 특정2대호흡계질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ "7대호흡계질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "7대호흡계질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 7대호흡계질환진단비(특정5대호흡계질환) 및 7대호흡계질환진단비

(특정2대호흡계질환)를 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 7대호흡계질환진단비에 대한 손해보상 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-145. 12대소화계특정질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "12대소화계특정질환"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 12대소화계특정질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "12대소화계특정질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("12대소화계특정질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "12대소화계특정질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 12대소화계특정질환(【별표 112】 12대소화계특정질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "12대소화계특정질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), 내시경검사, X-선 촬영 및 위장조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "12대소화계특정질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 12대소화계특정질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-146. 간경변진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "간경변"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 간경변진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "간경변"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("간경변"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "간경변"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 간경변(【별표117】 간경변 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "간경변"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "간경변"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 복부초음파, 심초음파, CT, MRI, 간섬유화스캔(Fibroscan), Child-Pugh score, 조직검사 결과지 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-147. 간부전진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "간부전"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 간부전진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "간부전"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("간부전"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "간부전"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 간부전(【별표118】 간부전 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "간부전"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사(간기능, 혈액응고인자 검사 등), MRI, CT, 복부초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "간부전"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 진료기록부(혈액검사(간기능, 혈액응고인자 검사 등), MRI, CT, 복부초음파 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간부전진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-148. 간염(B,C형)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "간염(B,C형)"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 간염(B,C형)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "간염(B,C형)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("간염(B,C형)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "간염(B,C형)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 간염(B,C형)(【별표119】 간염(B,C형) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "간염(B,C형)"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "간염(B,C형)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 진료기록부(혈액검사(간기능, 혈액응고인자 검사 등), MRI, CT, 복부초음파 및 기타 검사결과지 포함), 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 간염 혈청검사 결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간염(B,C형)진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-149. 급성신부전진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성신부전"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성신부전진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "급성신부전"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("급성신부전"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "급성신부전"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 급성신부전(【별표121】 급성신부전 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "급성신부전"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "급성신부전"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 진료기록부(혈액검사 및 기타 검사결과지 포함) 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신부전진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-150. 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)(【별표127】 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 수술확인서, 진료기록부, 진료비세부내역서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-151. 외부요인폐질환진단비(연간1회한) 특별약관

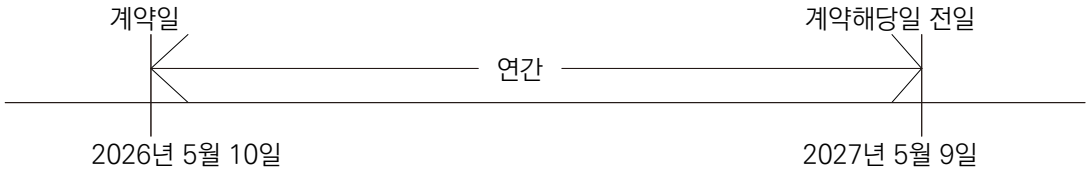
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인폐질환"이 발병하여 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 외부요인폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
외부요인폐질환진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



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.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "외부요인폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("외부요인폐질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "외부요인폐질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 외부요인폐질환(【별표131】 외부요인폐질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "외부요인폐질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화 단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "외부요인폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-152. 외부요인폐질환진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "외부요인폐질환"이 발병하여 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 외부요인폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
외부요인폐질환진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "외부요인폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("외부요인폐질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "외부요인폐질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 외부요인폐질환(【별표131】 외부요인폐질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "외부요인폐질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화 단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "외부요인폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 외부요인폐질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-153. 주요폐질환진단비(연간1회한) 특별약관

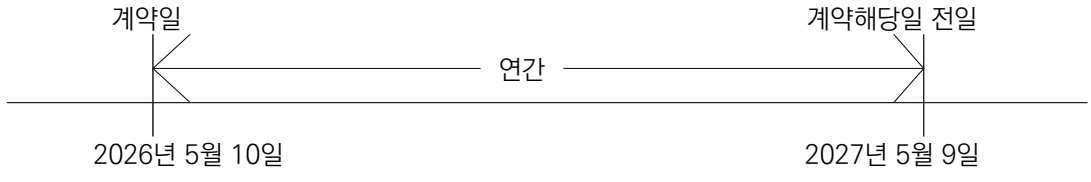
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
주요폐질환진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



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.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "주요폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 주요폐질환(【별표132】 주요폐질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "주요폐질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화 단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-154. 주요폐질환진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "주요폐질환"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 이 특별약관의 보험가입금액을 주요폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
주요폐질환진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "주요폐질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 주요폐질환(【별표132】 주요폐질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "주요폐질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화 단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "주요폐질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요폐질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-155. 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 제3조("중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상"의 정의)에서 정의한 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상으로 신규등록 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 "중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

③ 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례 대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

[중증질환자 암 산정특례 재등록]

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거, 소멸을 목적으로 수술, 방사선, 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있습니다.

제3조("중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상"의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상"이라 함은 "중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상 분류표"(【별표154】 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외)로 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② "중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외)산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점에서 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개

정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차]

"중증질환자 암 산정특례대상"에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후, 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야

합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-156. 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발병하여 진단 확정된 질병으로 인하여 제3조("중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상"의 정의)에서 정의한 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상으로 신규등록(재등록 제외) 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 "중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상"에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

③ 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례 대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

[중증질환자 암 산정특례 재등록]

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거, 소멸을 목적으로 수술, 방사선, 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상"의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상"이라 함은 "중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상 분류표"(【별표155】 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 암(특정소액암)을 원인으로 산정특례 등록을 완료한 자를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표155】 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상 분류표 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

③ "중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "암(특정소액암)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정소액암)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑤ 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서

보장하는 중증질환자 암(특정소액암)산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점에서 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조 (보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 암 산정특례 등록신청 절차]

"중증질환자 암 산정특례대상"에 해당하여 의사가 중증질환자 암 산정특례 대상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후, 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(산정특례 등록이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 정한 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

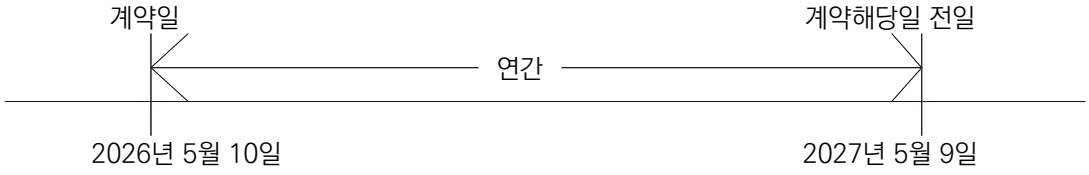
2-157. 질병악안면수술비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “악안면수술(급여)”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병악안면수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “악안면수술(급여)”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 이 특별약관의 보험가입금액은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병악안면수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행 동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관적 유산자, 여성불임 및 인공수정과 관련된 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병악안면수술비에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보장합니다), 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보장합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보장합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

7. 상해로 인한 변형, 기형에 대한 수술 제2항 및 제3항에도 불구하고 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

제4조("악안면수술(급여)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "악안면수술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여또는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 【별표142】 악안면수술(급여) 분류표에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"의 개정에 따라 제1항의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고, "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【용어해설】

※ 악안면수술은 치아 맞물림(교합관계 등)과 관련이 있는 위턱뼈와 아래턱뼈가 심하게 어긋나 저작(씹기) 또는 발음기능에 문제가 있는 경우에 실시하는 수술을 말합니다.

※ 국민건강보험법상 악안면수술은 외모개선목적이 아닌 저작(씹기) 또는 발음기능개선 목적으로, 다음 중 하나에 해당되는 경우에 보험급여 대상입니다.

- 종양 및 외상의 후유증으로 인한 악골발육장애
- 뇌성마비 등 병적 상태로 인해 초래되는 악골 발육장애
- 악안면교정수술을 위한 교정치료전 상하악 전 후 교합차가 10mm 이상인 경우
- 양측으로 1개 치아씩 또는 편측으로 2개 치아 이하만 교합되는 부정교합
- 상하악 중절치 치간선(dental midline)이 10mm 이상 어긋난 심한 부정교합
- 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애(구 순구개열, 반안면왜소증, 피에르 로빈 증후군, 크루즌 증후군, 트리쳐 콜린스 증후군 등)

※ 단, 해당 특별약관에서는 '선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애'로 악안면수술을 받은 경우는 보장하지 않습니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-158. 크론병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "크론병"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 크론병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "크론병"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("크론병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "크론병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 크론병(【별표137】 크론병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 가족성 크론병은 제외합니다.

② "크론병"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "크론병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 크론병진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-159. 특정귀어지럼증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정귀어지럼증"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정귀어지럼증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "특정귀어지럼증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정귀어지럼증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정귀어지럼증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정귀어지럼증(【별표138】 특정귀어지럼증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정귀어지럼증"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력 및 증상과 함께 의학적으로 필요한 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 또한 회사가 "특정귀어지럼증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, X-선 등 영상기록 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정귀어지럼증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-160. 특정안면마비진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정안면마비"로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정안면마비진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "특정안면마비"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정안면마비"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정안면마비"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정안면마비(【별표149】 특정안면마비 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정안면마비"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력 및 증상과 함께 필요시에는 신경흥분도검사(Nerve Excitability Test), 안면신경 전도검사(Facial ENoG(elctroneuronography) 또는 Facial NCS(Facial Nerve Conduction Study)), 순목검사(Blink reflex) 등의 전기생리학적 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정안면마비"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정안면마비진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-161. 특정자가면역질환진단비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정자가면역질환"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정자가면역질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "특정자가면역질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정자가면역질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정자가면역질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정자가면역질환(【별표143】 특정자가면역질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정자가면역질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 영상검사(초음파, CT, MRI 등), 내시경검사, 근전도검사, 조직검사 및 인자(rheumatoid factor) 또는 항CCP 항체검사 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "특정자가면역질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정자가면역질환진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-162. 패혈증진단비(연간1회한) 특별약관

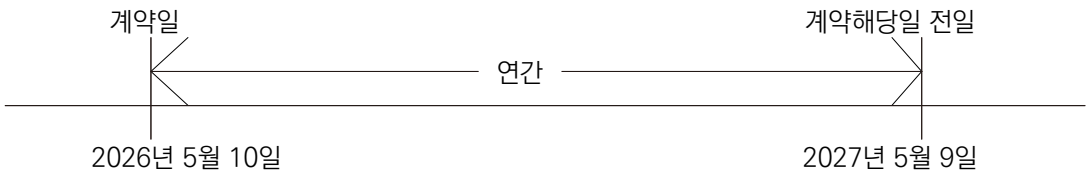
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “패혈증”으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
패혈증진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



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.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 “패혈증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“패혈증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “패혈증”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 패혈증(【별표144】 패혈증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “패혈증”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “패혈증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT, 혈액 배양 검사등 미생물 검사 결과지 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-163. 패혈증진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "패혈증"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
패혈증진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "패혈증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("패혈증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 패혈증(【별표144】 패혈증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "패혈증"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "패혈증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT, 혈액 배양 검사등 미생물 검사 결과지 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 패혈증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이

특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-164. 편마비진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "편마비"로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 편마비진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "편마비"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("편마비"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "편마비"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 편마비(【별표145】 편마비 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "편마비"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 신경흥분도검사(Nerve Excitability Test), 안면신경 전도검사(Facial ENoG(Electroneurography) 또는 Facial NCS(Facial Nerve Conduction Study), 순목검사(Blink reflex) 등의 전기 생리학적 검사 결과 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「편마비」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT, X-선 등 영상 검사 결과지 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 편마비진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특

별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-165. 폐렴진단비(연간1회한) 특별약관

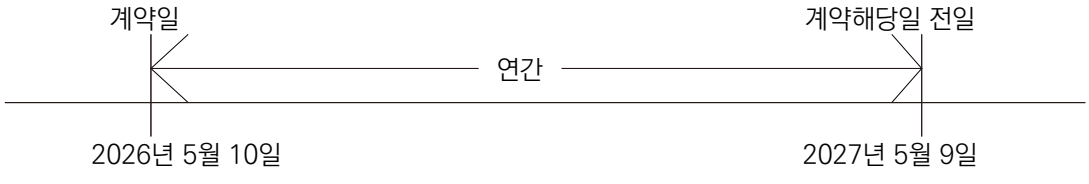
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
폐렴진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



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.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "폐렴"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("폐렴"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 폐렴(【별표146】 폐렴 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "폐렴"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT, X-선 등 영상 검사 결과지 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-166. 폐렴진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "폐렴"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
폐렴진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일이상 1년 미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년 이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "폐렴"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("폐렴"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 폐렴(【별표146】 폐렴 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "폐렴"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "폐렴"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT, X-선 등 영상 검사 결과지 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐렴진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-167. 원형탈모증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발병하여, "원형탈모증"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 원형탈모증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("원형탈모증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "원형탈모증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 원형탈모증(【별표156】 원형탈모증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "원형탈모증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(치과의사 제외)의 피부과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 원형탈모증진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-168. 난청(노년난청제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “난청(노년난청제외)”으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 난청(노년난청제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 “난청(노년난청제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“난청(노년난청제외)”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “난청(노년난청제외)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 난청(노년난청제외)(【별표 122】『난청(노년난청제외) 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말하며, “노년난청"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 H91.1(노년난청)에 해당하는 질병을 말합니다.

② “난청(노년난청제외)”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 순음청력검사, 전정기능검사, CT, MRI, 뇌간유발반응검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “난청(노년난청제외)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 청력검사결과지, 진료기록부, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 난청(노년난청제외)진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

2-169. 특정관절병척추염진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정관절병척추염으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정관절병척추염진단비로 보험수익자에게 보험금으로 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정관절병척추염"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "특정관절병척추염"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정관절병척추염"(【별표167】『특정관절병척추염 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정관절병척추염진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-1. 5대장기이식수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("5대장기이식수술"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 "5대장기"를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단 랑게르한스 소도세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

② 제1항의 "5대장기"라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장 및 폐장을 말합니다.

【장기등 이식에 관한 법률 제25조(장기이식의료기관)】

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기 등의 이식을 위하여 장기 등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-2. 각막이식수술비(최초1회한)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("각막이식수술"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "각막이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

【장기등 이식에 관한 법률 제25조(장기이식의료기관)】

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기 등의 이식을 위하여 장기 등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 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 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-3. 깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 직접결과로써 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병 또는 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("깁스(Cast)치료"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 "깁스(Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, "부목(Splint Cast)치료"는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-4. 응급실내원비(응급)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원 1회당 아래의 금액을 응급실내원비(응급)으로 보험수익자에게 지급합니다. 이때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

구 분	지급금액
상해로 인하여 응급실 내원시(응급)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
질병으로 인하여 응급실 내원시(응급)	이 특별약관 보험가입금액의 50%

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고 된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

제5조("응급환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-5. 보험료납입면제대상Ⅴ 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

① 상해 또는 질병의 직접결과로써 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우

② 피보험자가 보험기간 중 '암(유사암 제외)'으로 진단확정된 경우

③ 피보험자가 보험기간 중에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환' 또는 '중대한재생불량성빈혈' 또는 '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우

④ 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '뇌손상' 또는 '내장손상'을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술' 또는 '개복(開腹)수술'(이하 '중대한특정상해수술'이라 합니다.)을 받은 경우

⑤ 피보험자가 보험기간 중에 '중대한화상및부식'으로 진단 확정 되었을 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 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.



【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

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준 에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)

2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

⑧ 회사는 보험기간 중 제5조(암 등의 정의 및 진단확정) 제14항의 '영구적인 재생불량성빈혈'에 해당하는 상태가 되고, 제5조(암 등의 정의 및 진단확정) 제14항의 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받아 보험기간이 만료된 후'중대한 재생불량성빈혈'진단이 확정되더라도 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑨ 동일한 사고로 인하여 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에 해당하는 사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 보험료납입면제대상 보험금만을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유) 제2항 내지 제3항에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑪ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제10항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조("암"등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암", "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "유사암"이라 함은 제3항에서 정한 "기타피부암", 제4항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암", 제6항에서 정한 "경계성종양"을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "제자리신생물"(【별표4】 제자리신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"(【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 "암", "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧"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 하며, 이 경우 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제7항 및 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑩ 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌혈관질환"(【별표6】 뇌혈관질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑪ 「뇌혈관질환」의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(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 진단 확정이 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

⑫ 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "허혈성심장질환"(【별표7】 허혈성심장질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑬ "허혈성심장질환"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 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 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 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

⑭ 이 특별약관에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 "영구적인 재생불량성 빈혈"로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고 현재 골수 이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

⑮ 제1항에서 "영구적인 재생불량성 빈혈"이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/mm^3미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 두가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

1. 호중구 수가 500/mm^3미만
2. 혈소판 수가 20,000/mm^3미만
3. 망상적혈구 수가 20,000/mm^3미만

⑯ 제14항 및 제15항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외됩니다.

⑰ "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑱ 이 특별약관에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두 개내(머리 내)의 종양을 포함하며. 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다. 단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.

⑲ "양성뇌종양"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 "양성뇌종양"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑳ 이 특별약관에 있어서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상(【별표8】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

㉑ 이 특별약관에 있어서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표8】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

㉒ 이 특별약관에 있어서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 않습니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 "개흉수술"에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. "개복(開腹)수술"이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수(맹장), 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 "개복수술"에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

㉓ 이 특별약관에 있어서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 "9의 법칙(Rule of 9's)"또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적

차트(Lund & Browder chart)"에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말합니다. 다만, "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 이용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

㉔ "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험료납입면제대상 보험금을 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부

터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-6. 상해·질병특정치료지원금(마취,수혈) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 상해 또는 질병으로 인하여 마취 또는 수혈을 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다. 단, 마취 또는 수혈의 의료행위 횟수가 소수로 나올 경우, 정수단위로 올림(예: 1.3회 →2회로 산정)하여 상기 보험금 지급기준을 적용합니다.

구 분		지급기준	지급금액	지급횟수 한도 (보험년도 기준)
마취	상해마취 치료지원금	상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당	보험가입금액	연간 3회
	질병마취 치료지원금	질병의 직접적인 치료를 목적으로 받은 마취 의료행위 1회당		연간 3회
수혈	상해수혈 치료지원금 (전혈 및 분획제제)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400ml 당 1회)		연간 3회
	질병수혈 치료지원금 (전혈 및 분획제제)	질병의 직접적인 치료를 목적으로 받은 전혈, 혈액성분제제 중 분획제제에 의한 수혈시 (전혈기준 합산 400ml 당 1회)		연간 3회
	상해수혈 치료지원금 (혈액성분채집술)	상해의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회)		연간 3회
	질병수혈 치료지원금 (혈액성분채집술)	질병의 직접적인 치료를 목적으로 받은 혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 수혈시(합산 250ml 당 1회)		연간 3회

【혈액성분의 분류】

1. 전혈: 혈액의 모든 성분(적혈구, 백혈구, 혈장, 혈소판)이 포함된 혈액
2. 분획제제에 의한 혈액성분: 전혈을 원료로 원심분리 등을 통해 각각 분리하여 추출한 혈액성분
3. 성분채집술에 의한 혈액성분: 채혈과정부터 혈액성분채혈기를 이용하여 혈소판, 혈장, 적혈구, 백혈구 등의 필요한 특정 성분만을 분리하여 채혈하고, 나머지 혈액성분은 헌혈자에게 되돌려 주는 방식에 따라 추출된 혈액성분

※ 상기 혈액성분의 분류는 【별표44】수혈의료행위 분류표에 따라 분류합니다.

② 제1항의 경우 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 총 “마취” 또는 “수혈” 의료행위의 횟수에 대하여 “상해마취치료지원금”, “상해수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “상해수혈치료지원금(혈액성분채집술)”, “질병마취치료지원금”, “질병수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “질병수혈치료지원금(혈액성분채집술)”을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에 정한 “상해마취치료지원금”, “상해수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “상해수혈치료지원금(혈액성분채집술)”, “질병마취치료지원금”, “질병수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “질병수혈치료지원금(혈액성분채집술)”은 각각 연간 발생한 의료행위 횟수를 기준으로 최대 3회 한도로 지급합니다. 다만, “연간”이란 이 보장의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 제1항 및 제3항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【보험금 지급 예시】

상해로 마취, 수혈을 받은 경우(보험가입금액 30만원 가입 기준)

구분	치료항목	지급보험금
사례1	전신마취(L0101)와 척추마취(L1213)를 각각 1회 받은 경우	60만원 = 마취 의료행위 2회 × 30만원
사례2	세척적혈구(X2031, X2032) 2pack(320ml 1pack, 400ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(전혈 및 분획제제) 2회* × 30만원 * 2회 ((320ml+400ml) / 400ml = 1.8)
사례3	성분채집 백혈구(X2502) 4pack(각 250ml 4pack)을 수혈 받은 경우	90만원 = 수혈(혈액성분채집술) 3회* × 30만원 * 3회 (보험년도 기준 지급횟수 한도 적용)
사례4	성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 수혈 받은 경우	60만원 = 수혈(혈액성분채집술) 2회* × 30만원 * 2회 (500ml * 1 / 250ml = 2)
사례5	사례3의 피보험자가 동일한 보험년도에 성분채집 혈장(X2504) 1pack(500ml 1pack)을 한 번 더 수혈 받은 경우	미지급* * 보험년도 기준 연간 3회 한도초과

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 “상해마취치료지원금”, “상해수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “상해수혈치료지원금(혈액성분채집술)”, “질병마취치료지원금”, “질병수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “질병수혈치료지원금(혈액성분채집술)”의 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 그 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급하유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 【별표45】 마취의료행위 분류표 또는 【별표44】 수혈의료행위 분류표의 의료행위는 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 또는 수혈

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
8. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
9. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

③ 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

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.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 마취 또는 수혈한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

④ 회사는 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(“의료행위”코드 EA001~EA004)에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해마취치료지원금” 및 “질병마취치료지원금”을 지급하지 않습니다.

⑤ 회사는 다음에 해당하는 의료행위에 대해서는 “상해수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “상해수혈치료지원금(혈액성분채집술)”, “질병수혈치료지원금(전혈 및 분획제제)”, “질병수혈치료지원금(혈액성분채집술)”을 지급하지 않습니다.

1. 조혈모세포의 주입(“의료행위”코드 X5131~X5137)
2. 동종 공여자 림프구 주입(“의료행위”코드 X5051)
3. 자가수혈

제4조(“마취” 및 “수혈”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 “마취”라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라고 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 약물 등을 사용하여 전신 또는 특정 부위를 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키는 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 참조)를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 “수혈”이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 환자에게 부족한 혈액의 혈구성분과 혈장성분을 타인으로부터 공급받아 보충해주는 의료행위(【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)를 하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 “마취” 및 제2항의 “수혈”은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 마취항목 또는 수혈항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 제1항의 “마취” 및 제2항의 “수혈”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다. 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2018-262호), 2019.1.1. 시행」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 계약 체결시점의 의료행위(【별표45】 마취의료행위 분류표 및 【별표44】 수혈의료행위 분류표 참조)에 준하여 “마취 보장 코드” 및 “수혈 보장 코드”를 결정합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)" 필수기재) 및 진단서 (진단명, 한국질병분류코드 필수기재) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

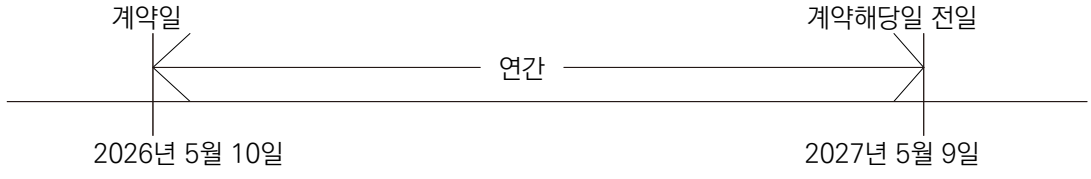
3-7. 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”의 정의)에서 정의한 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 1회의 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"이라 함은 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표(【별표161】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 산정특례대상에 해당되는 경우를 말한다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

"중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

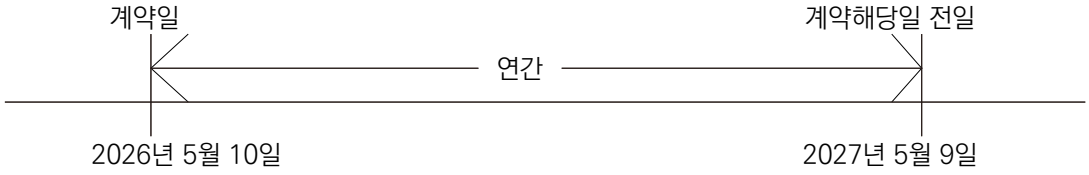
3-8. 중증질환자 심장질환 산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(“중증질환자 심장질환 산정특례대상”의 정의)에서 정의한 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환자 심장질환 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 연간 1회의 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당한 방법으로 등록된 것으로 판명된 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 이미 지급된 보험금이 있는 경우에는 이를 환수합니다.

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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“중증질환자 심장질환 산정특례대상”의 정의)

① 이 특별약관에서 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"이라 함은「중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표(【별표162】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표 참조, 이하 같습니다)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

"중증질환자 심장질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 "중증질환자 심장질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

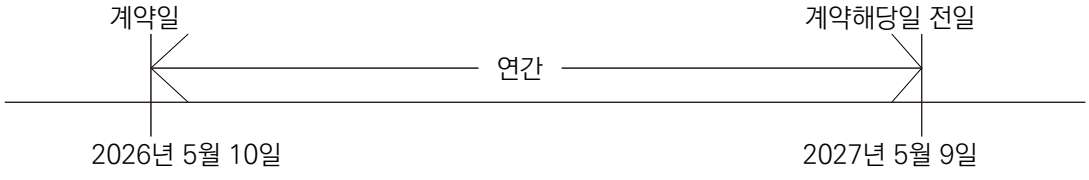
3-9. 추간판탈출증신경차단술치료비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판탈출증(【별표135】 추간판탈출증분류표 참조)의 치료를 목적으로 추간판탈출증 신경차단술(급여)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판탈출증 신경차단술 치료비(급여, 연간1회한)로 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("추간판탈출증 신경차단술(급여)"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에 있어서 "추간판탈출증 신경차단술(급여)" 이라 함은 피보험자의 진단 확정 된 "추간판탈출증"의 치료를 목적으로 "급여 신경차단술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 신경차단술"이라 함은 「추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드」(【별표136】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "급여 신경차단술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 추간판탈출증 신경차단술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 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 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-10. 안과관련질환수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 안과질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 안과관련질환수술비로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 안과관련질환수술 보험금만 지급합니다. 안과관련질환수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("안과관련질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "안과관련질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 "안과관련질환"(【별표 164】 안과질환분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 "안과관련질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가"안과관련질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것)등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 수술확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-11. 4대특정검사(생검,골수,내시경,천자) 지원비(급여, 연간1회한)(갱신형) 특별약관

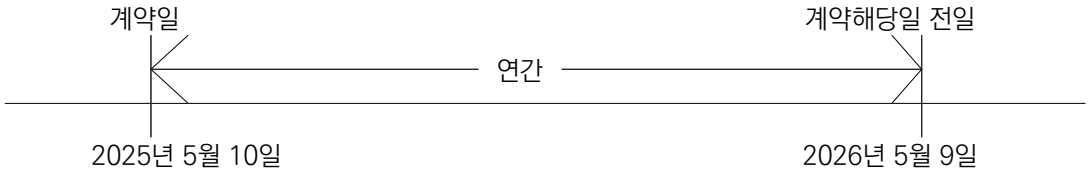
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급여 4대특정검사'에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 4대특정검사(생검, 골수, 내시경, 천자)지원비로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
급여 특정생검을 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 60%
급여 골수검사를 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
급여 특정내시경을 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 60%
급여 특정천자를 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 60%

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(「급여 4대특정검사」의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '급여 4대특정검사'라 함은 급여 특정생검, 급여 골수검사, 급여 특정내시경 및 급여 특정천자를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 '급여 특정생검'이라 함은 【별표150】『급여 특정생검 분류표』에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다. 단, 수술 중 발생한 절제생검(excisional biopsy)과 수술 중 응급동결절편검사(emergency frozen sectionbiopsy)는 포함되지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 '급여 골수검사'라 함은 【별표151】『급여 골수검사 분류표』에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다. 단, 공여자로서 시행하는 골수검사의 경우 보장되지 않습니다.

④ 이 특별약관에서 '급여 특정내시경'이라 함은 【별표152】『급여 특정내시경 분류표』에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 '급여 특정천자'라 함은 【별표153】『급여 특정천자 분류표』에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

⑥ 제2항 내지 제5항의 「급여 4대특정검사」는 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 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금

지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「급여 4대특정검사」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「급여 4대특정검사」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑧ 「급여 4대특정검사」 는 「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」 에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(감염병 발생신고(보고)서 , 진료비 세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부, 진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)등)

(단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료행위코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.)

【진료행위코드】

진료행위코드는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-12. 추간판탈출증수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판탈출증(【별표135】 추간판탈출증 분류표 참조)으로 진단 확정되고 그 추간판장애의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판탈출증수술비로 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조("수술"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-13. 추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판장애 및 관절증(엉덩, 무릎)(이차성및상세불명제외)로 진단 확정되고, 추간판장애 또는 관절증(엉덩,무릎)(이하 "관절증"이라 합니다)으로 수술을 받았을 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애 및 관절증(엉덩,무릎)(이차성및상세불명 제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "추간판장애"이라 함은 척추의 추간판이 돌출되어 통증 및 신경 증상을 유발하는 질환으로써 【별표135】(추간판탈출증 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 "관절증"이라 함은 【별표134】(관절증 질환 분류표)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 항목으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
2. 기타 이차성 고관절증(M16.7)
3. 상세불명의 고관절증(M16.9)
4. 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
5. 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
6. 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

제4조("수술"의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT 또는 MRI 등 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

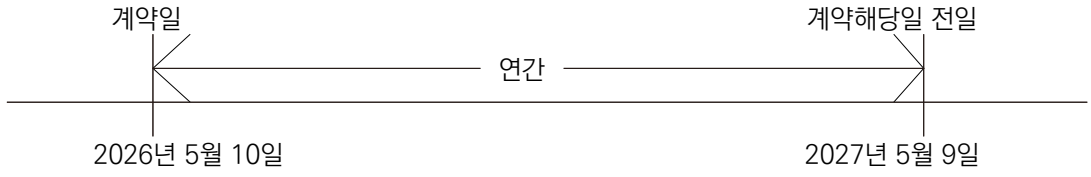
3-14. 11대중대질환응급실내원진료비(응급,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “11대중대질환”으로 인해 “응급환자”로 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 11대중대질환응급실내원진료비로 지급합니다. 이 때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다. 다만, 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 경우는 제외합니다.

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“11대중대질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “11대중대질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 11대중대질환(【별표111】 11대중대질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “11대중대질환”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 진료기록 또는 검사 결과 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “11대중대질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(“응급실”, “응급환자”의 정의)

① 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관), 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실 및 종합병원의 응급실을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(CT 및 X-선 등 기타 검사결과지 포함) , 응급실기록지 사본

등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

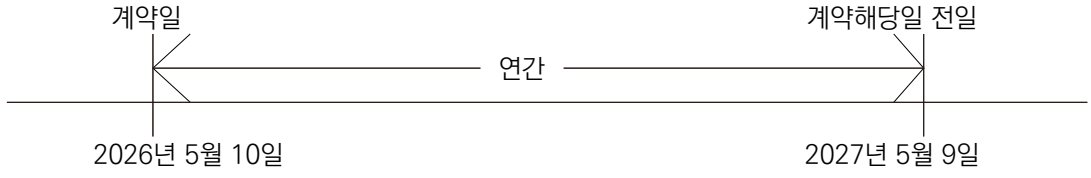
3-15. 십자인대수술비(급여,연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “십자인대질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "십자인대수술(급여)"를 받은 때에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 십자인대수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“십자인대질환" 및 "십자인대수술(급여)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "십자인대질환"이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표129】(십자인대질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “십자인대수술(급여)”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎관절 안에 위치한 전방십자인대 또는 후방십자인대가 파열되어 십자인대를 접합, 성형 또는 재건하는 수술을 말합니다.

③ 제2항의 “십자인대수술(급여)”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여또는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 【별표128】(십자인대수술(급여) 분류표)에 해당하는 진료행위를 말하며, “십자인대질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고, 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 “십자인대수술(급여)” 에 준하여 “십자인대수술(급여) 대상 수가코드”를 결정합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 인하여 제3항에서 정한 “십자인대수술(급여)”외에 “십자인대수술(급여)”에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등

(단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료행위코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.)

【진료행위코드】

진료행위코드는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

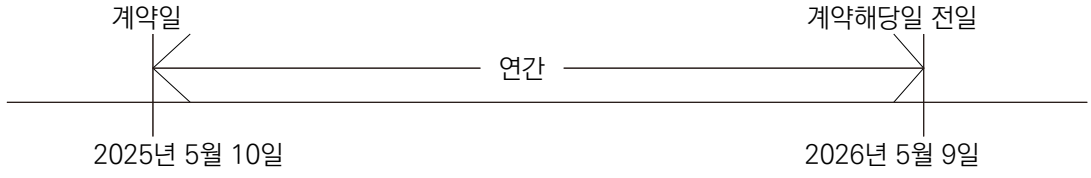
3-16. 골절탈구도수정복술지원비(급여, 연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 상해 또는 질병으로 인하여 “급여 골절탈구도수정복치료”에 해당하는 “의료행위”를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 골절탈구도수정복술지원비로 지급합니다.

② 제1항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“급여 골절탈구도수정복치료”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “급여 골절탈구도수정복치료”라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

② 이 특별약관에서 “급여 골절탈구도수정복치료”라 함은 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 【별표120】 급여 골절탈구도수정복치료 분류표 의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 “급여 골절탈구도수정복치료”에 준하여 “급여 골절탈구도수정복치료”를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 “급여 골절탈구도수정복치료” 외에 “급여 골절탈구도수정복치료”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. 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

3-17. 상해및관절통증주사치료비(급여,1일1회한,연간5회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

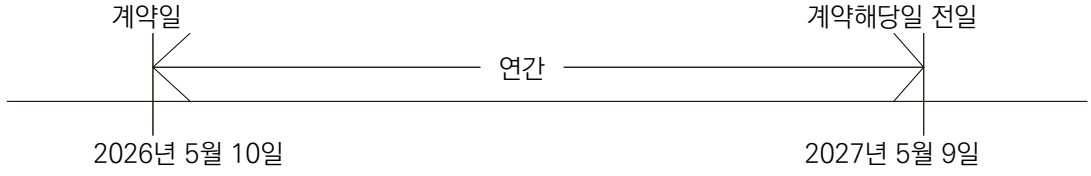
① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해및관절통증주사치료비(급여,1일1회한,연간5회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 “근골격계통 및 결합조직의 질환” 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원 중에 "관절통증주사치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 관절통증주사치료(급여)"라 합니다)
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 “근골격계통 및 결합조직의 질환” 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 "관절통증주사치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 관절통증주사치료(급여)"라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 “입원 관절통증주사치료(급여)”와 “통원 관절통증주사치료(급여)”를 합산하여 연간 5회한 한도로 보장합니다.

③ 제2항에서 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 계약일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 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)에서 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, 정신병원, 종합병원

제3조(“관절통증주사치료(급여)” 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "관절통증주사치료(급여)"라 함은 【별표165】『관절통증주사치료(급여) 대상 수가코드』에서 정한 "수가코드"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항의 "관절통증주사치료(급여)"는 골격계통 및 결합조직의 질환자체, 골격계통 및 결합조직의 질환 치료 또는 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 "의사"에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 "의사"의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 그럼에도 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 이 특별약관에서 보장하는 "관절통증주사치료(급여)" 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조 (“근골격계통 및 결합조직의 질환”의 정의)

① 이 특별약관에서 “근골격계통 및 결합조직의 질환”이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표16

6】『근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표』에 해당하는 상병을 말합니다.

② "근골격계통 및 결합조직의 질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("입원" 및 "통원"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【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 입실 시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-1. 강력범죄피해(사망제외)(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에 다음 각 호에서 정하는 강력범죄에 의하여 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄피해 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
2. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
3. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
4. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 상해와 폭행, 제4호의 폭력 등의 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 '폭력행위등 처벌에 관한 법률' 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해

【폭력행위등 처벌에 관한 법률 제4조(단체등의 구성 · 활동)】

이 법에 규정된 범죄를 목적으로 범죄단체 또는 집단을 구성하거나 구성원으로 활동한 경우 가담 형태에 따라 사형, 무기 또는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

2. 피보험자의 배우자 또는 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

【고용관계】

피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 경찰서 사건신고확인원(관할경찰서장 발행)
3. 의사진단서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방

법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 의사진단서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 필요한 경우에는 피보험자 또는 그와 세대를 같이 하는 친족 등을 대상으로 사고 상황을 조사하고 이들에게 자세한 진술을 요구할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-2. 폭력상해보험금(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 폭력상해보험금으로 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출해야 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 친족에 의한 사고
2. 피보험자가 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생한 사고

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-3. 의료사고법률비용손해(계약전환대상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 피보험자가 실제로 부담한 금액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 "의료사고"라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제4조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-4. 사이버명예훼손피해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사이버명예훼손 사건의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고 가해자에 대해 검찰의 기소처분결정이 내려진 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사이버명예훼손피해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 다른 형사사건의 수사 또는 재판 과정에서 가해자의 피보험자에 대한 사이버명예훼손 혐의를 수사기관이 인지하여 수사기관에 신고, 고소, 고발 등의 접수 없이 검찰의 기소처분결정이 내려진 경우에도 보험수익자에게 제1항의 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 지급사유에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의(다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금을 지급합니다.)
2. 보험수익자의 고의(다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.)
3. 계약자의 고의
4. 피보험자, 보험수익자, 계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 피해자가 특정한 사람이 아닌 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)인 사건에서 피보험자가 해당 단체의 소속원 또는 구성원인 경우
6. 가해자가 피해자를 집합적 명사로 표현하여 그 범위에 속하는 피보험자의 명예가 훼손된 경우. 다만, 관련사건에서 집합적 명사와 구별하여 피보험자 개인을 특정하여 피보험자 개인을 상대로 한 사이버명예훼손의 피해에 대하여는 보험금을 지급합니다.

> **【집합적 명사】**
>
> 하나하나의 사람이 모여서 하나의 단위인 가족, 위원회, 청중 등과 같이 하나의 집합체를 하나로 보는 명사

7. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 사이버명예훼손피해
8. 피보험자가 사망한 상태에서 사이버명예훼손의 피해자가 된 경우

제3조("사이버명예훼손"등의 정의)

① "사이버명예훼손"이라 함은 가해자가 피해자를 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실 또는 허위의 사실 또는 거짓을 드러내어 피보험자의 명예를 훼손하는 아래의 행위를 의미합니다.

1. '정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률' 제70조 제1항
2. '정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률' 제70조 제2항

> **【'정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률' 제 70조 제1항 및 제2항】**
>
> 제70조(벌칙)
> ① 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
> ② 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 거짓의 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② "관련사건"이라 함은 동일 피해자에 대한 다음 각 호의 사건을 의미합니다.

1. 가해자 1인이 범한 수개의 사이버명예훼손
2. 2인 이상의 가해자가 공동으로 범한 사이버명예훼손
3. 2인 이상의 가해자가 동일 사이버공간에서 범한 사이버명예훼손

③ 제2항 제3호에서 "동일 사이버공간"이라 함은 동일한 URL(Uniform Resource Locator) 주소 또는 동일한 모바일 메신저 채팅방 등을 말합니다.

④ 제1항에서 "정보통신망"이라 함은 전기통신사업법 제2조 제2호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수신하는 정보통신체계를 말

합니다.(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 제2조 제1항 제1호 참조)

⑤ "검찰의 기소처분결정"이라 함은 검사가 가해자에 대하여 공소제기(이하 '기소'라하며, 약식기소를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장(죄명 및 가해자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-5. 가족일상생활중배상책임(누수 제외)(대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임보장 특별약관의 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

바. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

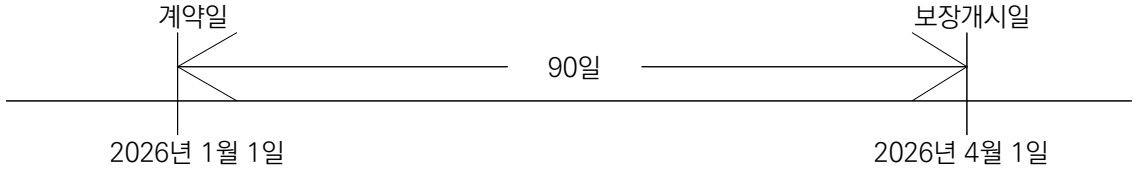
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임(누수사고 제외)"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분		보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임	보험계약일
	대물 배상책임(누수사고 제외)	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신형(갱신계약)		이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제3조(피보험자의 범위)

① 제2조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   ㉮ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉯ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   ㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   ㉲ 피보험자가 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임
20. 누수사고로 인한 대물 배상책임

제6조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제8조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표55】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임(누수사고 제외)"은 20만원으로 합니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임" 및 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임” 및 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제10조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)을 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제11조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

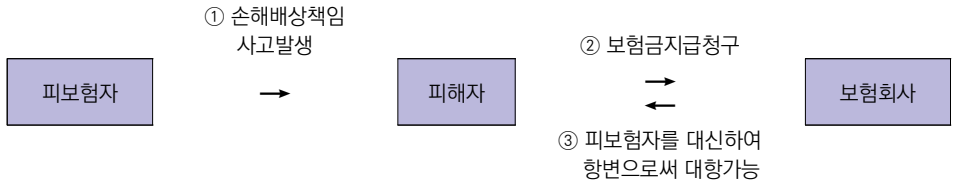
② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

【유의사항】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제16조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제17조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제19조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제21조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제22조(특별약관의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게

하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전, 후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제23조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보상하는 손해) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제25조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제26조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-6. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 50만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임보장 특별약관의 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

바. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

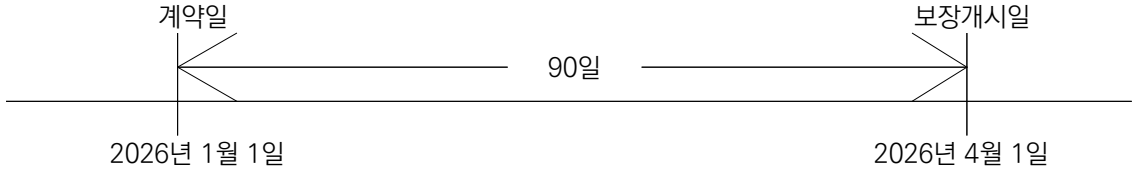
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제3조(피보험자의 범위)

① 제2조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   ㉮ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉯ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   ㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   ㉲ 피보험자가 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임

제6조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제8조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표55】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임"은 누수사고인 경우 50만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제10조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)을 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제11조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

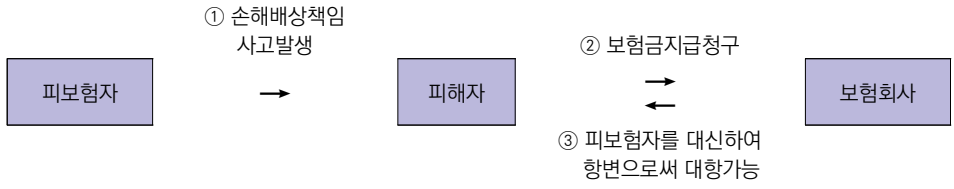
② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

【유의사항】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제16조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제17조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제19조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제21조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제22조(특별약관의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게

하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전, 후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제23조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보상하는 손해) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제25조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제26조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-7. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 100만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임보장 특별약관의 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

바. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

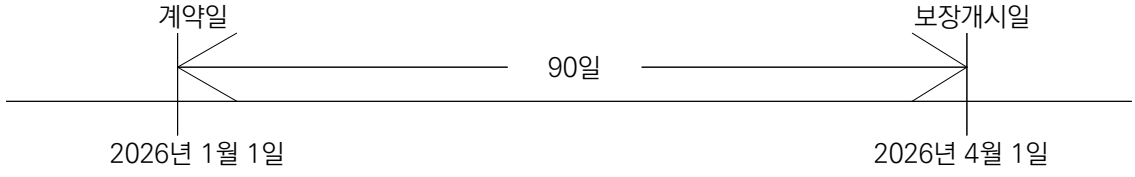
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제3조(피보험자의 범위)

① 제2조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   ㉮ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉯ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   ㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   ㉲ 피보험자가 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임

제6조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제8조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표55】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임"은 누수사고인 경우 100만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임"이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제10조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)을 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제11조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

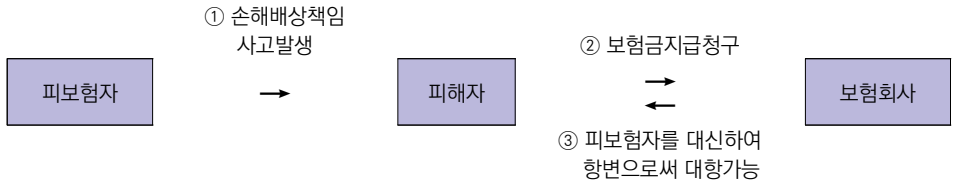
② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

【유의사항】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제16조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제17조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제19조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제21조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제22조(특별약관의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게

하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전, 후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제23조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보상하는 손해) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제25조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제26조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

4-8. 가족일상생활중배상책임(누수 포함)(누수 200만원, 대물 20만원 공제)(갱신형) 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 피보험자: 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

가. 배상책임: 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 배상책임보장 특별약관의 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

바. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

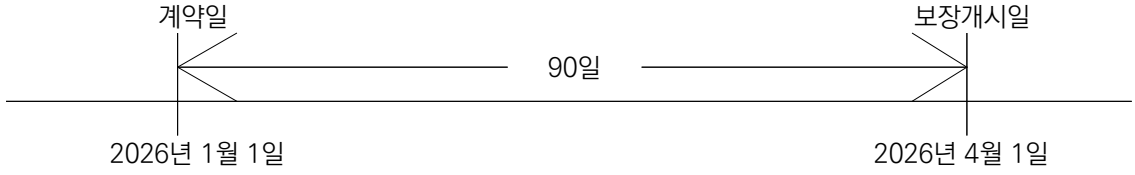
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 「타인의 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대인 배상책임"이라 합니다)을 부담하거나 「타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임」(이하 "대물 배상책임"이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 1호 및 2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 보장개시일이라 함은 최초 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 대인 배상책임의 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.

구 분			보장개시일
갱신형(최초계약)	대인 배상책임		보험계약일
	대물 배상책임	누수사고	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
		누수사고 제외	
갱신형(갱신계약)			이 특별약관의 갱신일

【보장개시일[예시]】



③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

④ 제2조 1항에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다른 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하여 그로 인해 발생한 배상책임 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

⑤ 제1항에서 신체라 함은 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

제3조(피보험자의 범위)

① 제2조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 「보험증권에 기재된 피보험자」(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   ㉮ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉯ 피보험자가 제12조(손해방지 의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   ㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   ㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   ㉲ 피보험자가 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
5. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 「핵연료 물질」 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병, 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
16. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
17. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
18. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
19. 폭력행위로 인한 배상책임

제6조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제8조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표55】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 "대인 배상책임"은 없으며 "대물 배상책임"은 누수사고인 경우 200만원, 누수 이외의 사고인 경우 20만원으로 합니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 "대인 배상책임", 누수사고를 제외한 "대물 배상책임" 및 누수사고로 인한 "대물 배상책임" 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 제1항의 “누수사고”라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임”이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 “대인 배상책임”, 누수사고를 제외한 “대물 배상책임” 및 누수사고로 인한 “대물 배상책임” 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제10조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)을 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제11조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

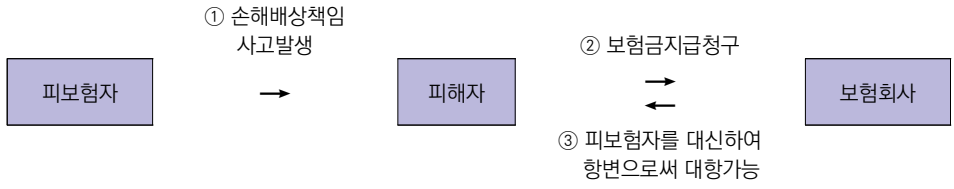
② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

【유의사항】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제16조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제17조(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

제19조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제21조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

> **【타인을 위한 계약】**
> 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제22조(특별약관의 해지)

① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게

하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

⑤ 제3항에 의한 이 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전, 후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제23조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보상하는 손해) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제25조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제26조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-1. 다발성소아암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다발성소아암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다발성소아암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 다발성소아암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("다발성소아암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "다발성소아암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "다발성소아암"(【별표47】 다발성소아암 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② "다발성소아암"의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 "다발성소아암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "다발성소아암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 다발성소아암진단비 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-2. 소아백혈병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 소아백혈병으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 소아백혈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 소아백혈병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("소아백혈병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "소아백혈병"이라 함은 악성으로 변형된 조혈세포가 골수 및 림프조직에서 악성변형이 초래된 후 말초혈액으로 출현하고 다른 조직으로 침윤하는 것을 특징으로 하는 질병으로, 한국표준질병·사인분류에 있어서 "소아백혈병"(【별표48】 소아백혈병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② "소아백혈병"의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「소아백혈병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우'갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어'폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우'유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우'위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급한 때에는 소아백혈병진단비 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-3. 심장관련소아특정질병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장관련소아특정질병으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장관련소아특정질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 심장관련소아특정질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("심장관련소아특정질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 약관에서 "심장관련 소아특정질병"이라 함은 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)" 및 "판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)"을 말합니다.

② 제1항의 "심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)"이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.

③ 제1항의 "판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)"이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.

④ "심장관련 소아특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "심장관련 소아특정질병"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "심장관련 소아특정질병"으로 확정되거나 추정되는 경우

또한, 회사가 "심장관련 소아특정질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급한 때에는 심장관련소아특정질병진단비 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-4. 중증세균성수막염진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 중증세균성수막염으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증세균성수막염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 중증세균성수막염을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("중증세균성수막염"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "중증 세균성 수막염"이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균수막염), G01(달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로 다음을 동시에 만족하는 경우를 말합니다.

1. 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백 증가가 나타남
2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 '중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍'을 보임. 이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 합니다.

② 제1항의 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 경막하삼출(subdural effusion), 수두증(Hydrocephalus), 뇌종양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종(Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적허혈(Focal infartion), 작은종괴(Mass), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 '중증 세균성 수막염'의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

③ 제1항에서 "중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장해분류표상 신경계, 정신행동장해의 해당지급률 25% 이상인 장해상태를 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급한 때에는 중증세균성수막염진단비 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-5. 인슐린의존당뇨병진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 인슐린의존당뇨병으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 인슐린의존당뇨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 인슐린의존당뇨병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("인슐린의존당뇨병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "인슐린의존당뇨병"이라 함은 췌장에서 인슐린 분비가 감소됨으로써 대사에 장애가 생기고 혈당이 높아지는 질병으로 해당 전문의에 의해 "인슐린의존당뇨병"(【별표49】 인슐린의존당뇨병 분류표 참조)으로 진단 받는 경우를 말합니다.

② "인슐린의존 당뇨병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "인슐린의존당뇨병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급한 때에는 인슐린의존당뇨병진단비 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-6. 자녀10대질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자녀10대질병으로 진단확정되고 그 자녀10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 자녀10대질병수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("자녀10대질병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "자녀10대질병"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "자녀10대질병"(【별표56】 자녀10대질병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "자녀10대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-7. 소아탈장수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정탈장으로 진단확정되고 그 특정탈장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 소아탈장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“탈장”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “탈장”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “탈장”(【별표57】 탈장 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “탈장”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-8. 척추측만증수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 척추측만증으로 진단확정되고 그 척추측만증의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 척추측만증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“척추측만증”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 “척추측만증”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “척추측만증”(【별표60】 척추측만증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② “척추측만증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 다만, 상기 질병 이외에 한국표준질병·사인분류의 “척추의 선천변형(Q67.5)” 및“선천성 골기형으로 인한 선천성 척주측만증(Q76.3)” 에 해당하는 질병은 보상하지 않습니다.

제5조(“수술”의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-9. 어린이다발성손상입원일당(1일이상120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표61】『어린이다발성손상입원 분류표』에서 정한 어린이다발성손상으로 진단확정 되고, 그 어린이다발성손상의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이다발성손상입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 어린이다발성손상입원일당을 계속 지급합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조("입원"의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-10. 어린이다발성손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표62】『어린이다발성손상수술 분류표』에서 정한 어린이다발성손상으로 진단확정 되고, 그 어린이다발성손상의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이다발성손상입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 어린이다발성손상수술비를 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-11. 어린이·청소년생활질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

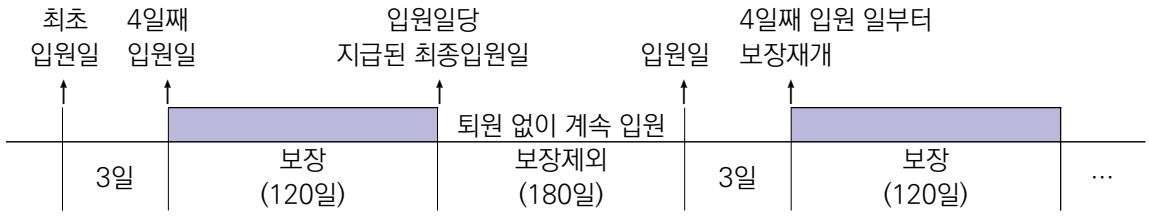
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 어린이·청소년생활질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일 부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이·청소년생활질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "어린이·청소년생활질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 어린이·청소년생활질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 어린이·청소년생활질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 어린이·청소년생활질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 어린이·청소년생활질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 어린이·청소년생활질환으로 진단된 경우에는 이는 어린이·청소년생활질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 어린이·청소년생활질환의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 어린이·청소년생활질환에 대한 입원이라도 어린이·청소년생활질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 어린이·청소년생활질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 어린이·청소년생활질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 어린이·청소년생활질환입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("어린이·청소년생활질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "어린이·청소년생활질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "어린이·청소년생활질환"(【별표63】 어린이·청소년생활질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "어린이·청소년생활질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-12. 어린이·청소년주요질환입원일당(4일이상120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

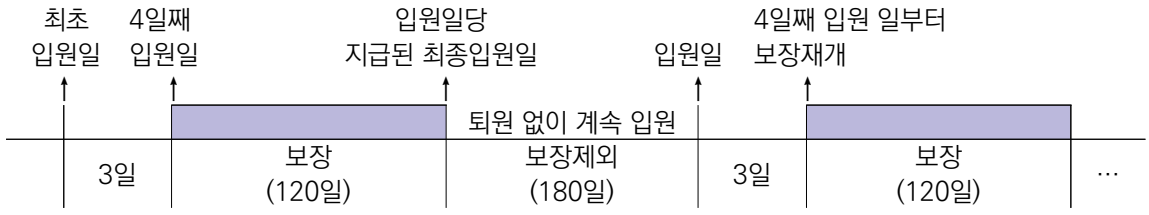
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 어린이·청소년주요질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일 부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이·청소년주요질환입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에 "어린이·청소년주요질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 어린이·청소년주요질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 어린이·청소년주요질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 어린이·청소년주요질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 어린이·청소년주요질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 어린이·청소년주요질환으로 진단된 경우에는 이는 어린이·청소년주요질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 동일한 어린이·청소년주요질환의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 어린이·청소년주요질환에 대한 입원이라도 어린이·청소년주요질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 어린이·청소년주요질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 어린이·청소년주요질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】



③ 이 특별약관에서 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 120일 한도로 어린이·청소년주요질환입원일당을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【의료법 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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("어린이·청소년주요질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "어린이·청소년주요질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "어린이·청소년주요질환"(【별표64】 어린이·청소년주요질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "어린이·청소년주요질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(“입원”의 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 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-13. 어린이·청소년생활질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 어린이·청소년생활질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이·청소년생활질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("어린이·청소년생활질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "어린이·청소년생활질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "어린이·청소년생활질환"(【별표63】 어린이·청소년생활질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "어린이·청소년생활질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-14. 어린이·청소년주요질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 어린이·청소년주요질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이·청소년주요질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("어린이·청소년주요질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "어린이·청소년주요질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "어린이·청소년주요질환"(【별표64】 어린이·청소년주요질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "어린이·청소년주요질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 어린이·청소년주요질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-15. 어린이·청소년주요질환수술비(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 어린이·청소년주요질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이·청소년주요질환수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("어린이·청소년주요질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "어린이·청소년주요질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "어린이·청소년주요질환"(【별표64】 어린이·청소년주요질환 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "어린이·청소년주요질환"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 어린이·청소년주요질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-16. 모야모야병개두수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 모야모야병으로 진단확정되고 그 모야모야병의 치료를 직접적인 목적으로 개두수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 모야모야병개두수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("모야모야병"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "모야모야병"이라 함은 속목동맥의 말단부 혹은 중간대뇌동맥의 기시부가 서서히 폐색되는 질환으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 "모야모야병"(【별표65】 모야모야병 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "모야모야병"의 진단확정은 임상증상(병력, 신경학적 검사 등)과 함께 영상학적 진단(CT, MRI/MRA, Cerebral angiography)을 기초로 내려져야 합니다.

제5조("개두수술"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "개두수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 개두를 동반한 직접 혈관문합술(Direct revascularization), 간접 혈관문합술(Indirect revascularization), 병합 혈관문합술(Combined revascularization), 혈종제거술(Hematoma evacuation) 등의 수술을 한 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-17. 어린이개흉심장수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 개흉심장수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이개흉심장수술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("개흉심장수술"의 정의)

이 특별약관에서 "개흉심장수술"이라 함은 의사에 의하여 "심장병"의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 '심장병'의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술[(예) 풍선판막성형술(Ballon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

제5조("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 포함합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 어린이개흉심장수술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-18. 어린이심장시술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 심장특정시술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이심장시술비로 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("심장특정시술"의 정의)

이 특별약관에서 "심장특정시술"이라 함은 의사에 의하여 "심장병"의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '심장병'의 치료를 직접적인 목적으로 아래의 심장시술을 한 경우를 말합니다. 다만, 심막천자술(Pericardiocentesis) 등 상기 이외의 심장시술은 모두 보장에서 제외합니다.

대상이 되는 시술
1. 동맥관개존폐쇄술(PDA Closure)
2. 심방중격결손폐쇄술(ASD Closure)
3. 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty)
4. 풍선혈관성형술(Balloon Angioplasty)
5. 풍선심방중격조성술(Balloon Atrial Septostomt)
6. 전극도자절제술(Catheter Ablation)
7. 심박동기삽입술(Pacemaker Insertion)
8. 코일색전술(Coil Embolization)
9. 경피적 관상동맥 성형술 (PTCA, PTCA with stent, PTA&PTA with stent, Stent-graft insertion)

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 어린이심장시술비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-19. 스쿨존교통사고보험금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 어린이 보호구역내에서 아래의 교통사고로 인하여 상해를 입었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1사고당 스쿨존교통사고보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승("운전"을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 "탑승 중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행 중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않는 동안 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 "비탑승 중 교통사고"라 합니다)

② 제1항에서 "자동차"라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트 믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다), 트럭지게차, 도로보수트럭을 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 "기타교통수단"이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제3항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 않습니다)

④ 제1항에서 "교통사고"라 함은 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우에 한하며, 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 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.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행 중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있는 동안 발생된 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 사고
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 사고
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 사고
5. 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별

약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-20. 유괴납치피해일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴납치피해일당으로 지급합니다. 다만, 사고발생 사실을 관할 행정기관에 신고 접수한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 유괴납치피해일당을 지급합니다.

② 제1항에서 억류상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.

1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
2. 기망(欺罔) 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보고되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배하에 두는 것을 말합니다.

③ 제1항의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고 접수한 시점으로부터 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보장하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 보험수익자의 고의

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

② 피보험자의 친족에 의한 성폭력범죄

다만, 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족 및 인척으로 하며, 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

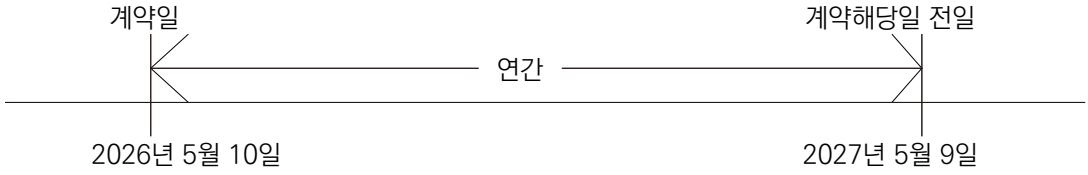
5-21. 수족구진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 수족구로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 수족구진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 수족구를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("수족구"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "수족구"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "수족구"(【별표66】 수족구 분류표 참조)로 분류되는 상병을 말합니다.

② "수족구"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출 검사 등을 기초로 내려져야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-22. 기흉진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 기흉으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
기흉진단비	"기흉"으로 진단확정된 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 기흉을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("기흉"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "기흉"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표67】『기흉 분류표』에서 "기흉"에 해당하는 질병을 말합니다.

② "기흉"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 흉부X선 촬영, 흉부전산화단층촬영(CT) 혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 여야 합니다. 또한 회사가 확인이 필요한 경우 기흉 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 기흉진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-23. 수두진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 수두 또는 신생아수두로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
수두진단비	"수두" 또는 "신생아수두"로 진단확정된 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 수두 또는 신생아수두를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("수두" 및 "신생아수두"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "수두" 및 "신생아 수두"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표68】 수두 및 신생아수두 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② "수두" 및 "신생아수두"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출 검사 등을 기초로 내려져야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 수두진단비 또는 신생아수두진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

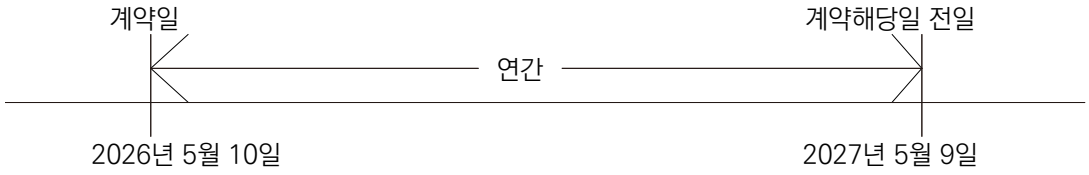
5-24. 특정정신장애진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정정신장애로 진단 확정된 경우에는 각각의 특정정신장애(우울에피소드, 재발성 우울장애, 공황장애, 외상후 스트레스장애)에 대하여 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정정신장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 특정정신장애를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("특정정신장애"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "특정정신장애"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "특정정신장애"(【별표69】 특정정신장애 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② "특정정신장애"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 확인이 필요한 경우 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-25. 학교폭력피해치료비 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 가입이 가능한 피보험자는 제5조(“학교”, “학생” 및 “학교폭력”의 정의)에서 정한 “학생”에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 학교폭력으로 피해가 발생하고, 그 이후 피보험자에 대하여 학교폭력대책심의위원회 심의 결과에 따라 학교폭력피해치료가 결정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 학교폭력피해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자에 대하여 1회의 “학교폭력대책심의위원회” 심의 결과 2가지 이상의 “학교폭력피해치료”가 결정된 경우라도 학교폭력피해치료비는 1회만 지급됩니다.

② “학교폭력대책심의위원회” 심의 결과가 결정된 이후에 동일한 “학교폭력”에 대하여 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 제17조의 2에 따라 행정심판법에 따른 행정심판 등으로 제6조(“학교폭력대책심의위원회”, “학교폭력피해치료”등의 정의)에 해당하는 “학교폭력피해치료”에 준하는 결과가 발생한 경우에도 하나의 보험사고로 보고 이미 결정된 “학교폭력대책심의위원회” 심의 결과를 기준으로 총 1회의 학교폭력피해치료보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 보험기간 중 피보험자에게 발생한 제5조(“학교”, “학생” 및 “학교폭력”의 정의)에서 정한 “학교폭력”으로 보험기간이 만료된 후 “학교폭력대책심의위원회” 심의 결과에 따라 “학교폭력피해치료”가 결정되더라도 학교폭력피해치료보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 보험기간 중 제5조(“학교”, “학생” 및 “학교폭력”의 정의)에서 정한 “학교폭력”이 발생한 시점에 이 특별약관의 피보험자가 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않는 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(“학교”, “학생” 및 “학교폭력”의 정의)

① 이 특별약관에서 “학교”라 함은 초·중등교육법 제2조(학교의 종류)에 따른 학교 중 초등학교, 중학교, 고등학교를 말하며, 공민학교, 고등공민학교, 고등기술학교, 방송통신중학교, 방송통신고등학교, 특수학교 및 각종학교는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 “학생”이라 함은 제1항에서 정한 학교에 입학, 등록하여 수학하는 자를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 “학교폭력”이라 함은 학교 내외에서 학생을 대상으로 발생한 아래의 경우 등에 의하여 신체·정신의 피해를 수반하는 행위를 일합니다.

1. 상해
2. 폭행
3. 감금
4. 협박
5. 약취 · 유인
6. 명예훼손 · 모욕
7. 공갈
8. 강요 · 강제적인 심부름
9. 성폭력
10. 따돌림

    단, ‘따돌림’이란 학교 내외에서 2명 이상의 학생들이 특정인이나 특정집단의 학생들을 대상으로 지속적이거나 반복적으로 신체적 또는 심리적 공격을 가하여 상대방이 고통을 느끼도록 하는 일체의 행위를 말합니다.

11. 사이버따돌림

    단, ‘사이버따돌림’이란 인터넷, 휴대전화 등 정보통신기기를 이용하여 학생들이 특정 학생들을 대상으로 지속적, 반복적으로 심리적 공격을 가하거나, 특정 학생과 관련된 개인정보 또는 허위사실을 유포하여 상대방이 고통을 느끼도록 하는 일체의 행위를 말합니다.

12. 정보통신망을 이용한 음란 · 폭력 정보

제6조(“학교폭력대책심의위원회”, “학교폭력피해치료”등의 정의)

① 이 특별약관에서 “학교폭력대책심의위원회”라 함은 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 제12조에 따라 학교 폭력의 예방 및 대책에 관한 사항을 심의하는 기구를 말합니다.

【학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 제12조(학교폭력대책심의위원회의 설치·기능)】

① 학교폭력의 예방 및 대책에 관련된 사항을 심의하기 위하여 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조 및 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제80조에 따른 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시 · 도 조례로 정하는 기관으로 한다. 이하 같다)에 학교폭력대책심의위원회(이하 ‘심의위원회’라 한다)를 둔다. 다만, 심의위원회 구성에 있어 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 교육감 보고를 거쳐 둘 이상의 교육지원청이 공동으로 심의위원회를 구성할 수 있다.

② 심의위원회는 학교폭력의 예방 및 대책 등을 위하여 다음 각 호의 사항을 심의한다.

1. 학교폭력의 예방 및 대책
2. 피해학생의 보호
3. 가해학생에 대한 교육, 선도 및 징계
4. 피해학생과 가해학생 간의 분쟁조정
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 심의위원회는 해당 지역에서 발생한 학교폭력에 대하여 조사할 수 있고 학교장 및 관할 경찰서장에게 관련 자료를 요청할 수 있다.

④ 심의위원회의 설치 · 기능 등에 필요한 사항은 지역 및 교육지원청의 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

② 이 특별약관에서 “학교폭력피해치료”라 함은 “학교폭력대책심의위원회” 심의결과에 따라 학교폭력으로 결정되고 【별표70】 학교폭력피해 보호조치 분류표에 해당하는 피해학생에 대한 보호조치(이하 “학교폭력 피해보상 인정기준”이라 합니다)가 인정된 경우 해당 보호조치를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “학교폭력 피해보상 인정 기준”이 폐지 또는 변경되어 제2조의 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “학교폭력 피해보상 인정 기준”에 따릅니다.

④ 제1항에 의한 “학교폭력대책심의위원회”의 심의(이하 “학교폭력대책심의위원회 심의”라 합니다)가 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 및 관련법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(학교장 확인서, 학교폭력대책심의위원회 결과통지서, 사망진단서, 진료비 계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서 중 학교장 확인서는 제5조(‘학교’, ‘학생’ 및 ‘학교폭력’의 정의)에서 규정한 학교에서 발급한 것이어야 하며, 학교폭력대책심의위원회 결과 통지서는 지방교육자치에 관한 법률 제34조 및 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법 제80조에 따른 교육지원청(교육지원청이 없는 경우 해당 시 · 도 조례로 정하는 기관으로 한다.)에서 발급한 것이어야 하고, 그 외 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

회사는 보통약관의 제22조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(계약 후 알릴의무)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자에 해당하지 않게 된 경우(이하 '피보험자의 자격상실'이라 합니다)에는 계약자 또는 피보험자는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 "피보험자의 자격상실"을 알린 경우 회사는 통보받은 날부터 이 특별약관은 해지된 것으로 보고 보통약관 제37조(해약환급금) 제1항에 따라 지급하여야 할 금액이 있을 때는 계약자에게 이를 지급해 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-26. 척추측만증(Cobbs각도20도이상)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 척추측만증(Cobbs각도20도이상)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 척추측만증(Cobbs각도20도이상)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 척추측만증(Cobbs각도20도이상)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.



【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다. 다만, 회사는 피보험자의 약물복용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조("척추측만증(Cobbs각도20도이상)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "척추측만증(Cobbs각도20도이상)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "척추측만증(Cobbs각도20도이상)"(【별표71】 척추측만증Ⅱ 분류표 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② "척추측만증(Cobbs각도20도이상)"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다.

【Cobbs's method 및 Cobb's 각도】

Cobb's method 란 척추측만증의 만곡(척추의 휘어짐 정도)을 Cobb's각도로 측정하는 것으로 척추 만곡의 오목한 방향으로 가장 경사진 상위 척추체의 상연과 하위척추체의 하연에 평행하게 각각 직선을 그은 후 서로 교차하여 형성되는 각도를 Cobb's각도라 합니다.

【유의사항】

상기 질병 이외에 제9차 한국표준질병·사인분류의 '선천성 척주측만증(Q67.5)' 및 '뼈기형에 의한 선천성 척주측만증(Q76.3)', '체위성 선천성 척주측만증(Q67.5)', '척주측만성 심장병의 선천성 척주측만증(I27.1)', '처치 후 선천성 척주측만증(M96)'에 해당하는 질병은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(Cobb's각도를 포함한 진료기록부, 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급한 때에는 척추측만증(Cobb's각도20도이상)진단비 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에 피보험자가 이 특별약관에서 보험금을 지급하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-27. 아동학대피해(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 친족(부/모와 사실상 혼인관계에 있는자를 포함) 이외의 자에 의한 「아동학대」로 「아동학대관련범죄」의 피해자가 되어 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아동학대피해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

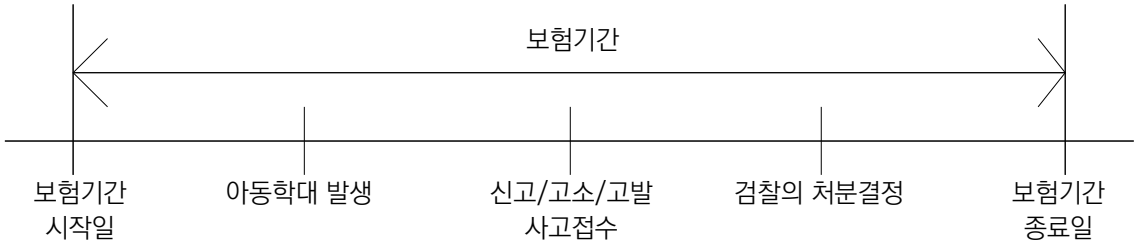
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 "아동학대관련범죄"가 보험기간 이전에 발생된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중에 "아동학대관련범죄"가 발생 및 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수된 경우, 보험기간 이후에 "검찰의 처분결정"이 내려지더라도 보험금을 지급합니다.

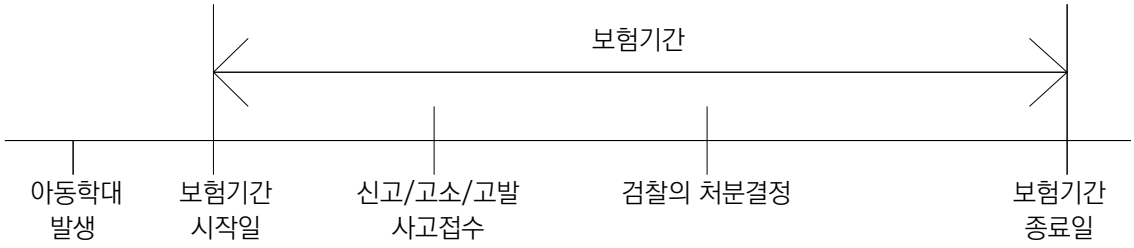
② 회사는 보험기간 중에 "아동학대"가 발생하였으나, 보험기간 이후 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【보험금 지급사례】

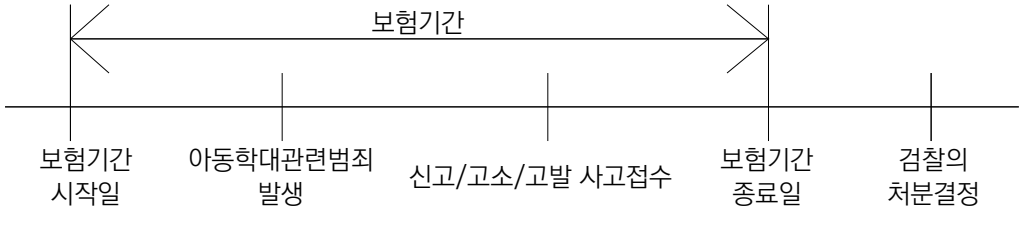
[사례1] 보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급



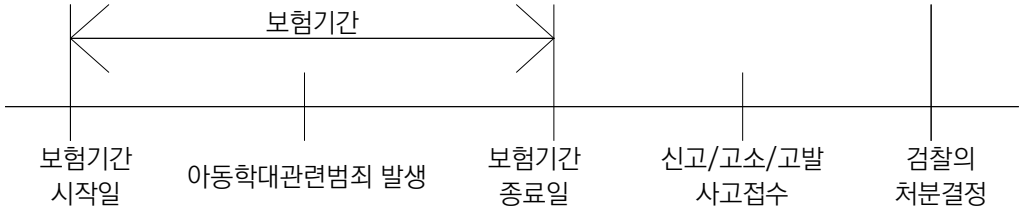
[사례2] 보험기간 시작일 이전에 아동학대가 시작된 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않음



[사례3] 보험기간 중 아동학대 발생 및 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고, 보험기간 이후 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급



[사례4] 보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하였으나, 보험기간 이후 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않음



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 친족에 의한 아동학대
2. 보험수익자에 의한 아동학대
3. 계약자에 의한 아동학대
4. 제3자와 피보험자의 친족, 보험수익자, 계약자의 공모로 발생한 아동학대

제4조("아동", "아동학대관련범죄", "친족", "검찰의 처분결정 "의 정의)

① 이 특별약관에서 "아동"이라 함은 18세 미만인 사람을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "아동학대"라 함은 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적 · 정신적 · 성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동을 유기하거나 방임하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "아동학대관련범죄"라 함은 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수된 다음의 각 호의 범죄를 말합니다.

1. 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호(【별표28】 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 '살인의 죄' 참조. 이하 같습니다)에 따른 아동학대범죄
2. 아동에 대한 「형법」 제2편제24장 살인의 죄 중 제250조부터 제255조까지의 죄(【별표28】 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 '살인의 죄' 참조. 이하 같습니다)
3. 보호자 이외의 성인에 의한 아동학대로서 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 각목의 어느 하나에 해당하는 죄

④ 이 특별약관에서 "친족"이라 함은 「민법」 제777조에서 정한 친족을 말하며 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "검찰의 처분결정"이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다), 아동보호사건 송치 또는 기소유예한 것을 말합니다.

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

【공소제기】

검사가 법원에 대하여 형사사건의 재판을 요구하는 소송행위(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다.)를 말합니다.

【기소유예】

검찰사건사무규칙 제69조 제3항 제1호에서 정한 피의사실이 인정되나 형법 제51조 각호의 사항을 참작할 때 소추를 필요로 하지 아니하여 검찰이 기소를 유예하는 경우를 말합니다.

【약식기소】

검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류(법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서, 사건처분결과통지서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

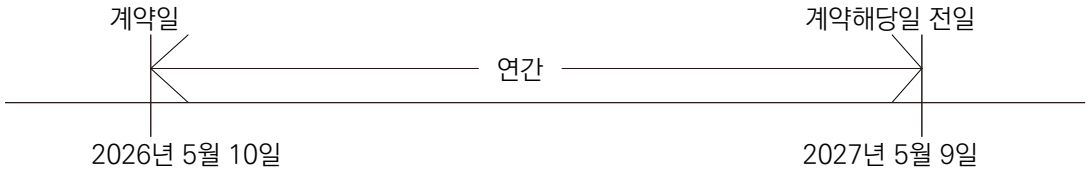
5-28. 아동학대피해후유장해(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 친족이외의 자에 의한 아동학대로 아동학대관련범죄의 피해자가 되어 검찰의 처분결정이 내려지고, 피보험자가 아동학대관련범죄의 직접결과로써 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 "장해분류표"에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 연간 1회에 한하여 아동학대피해후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



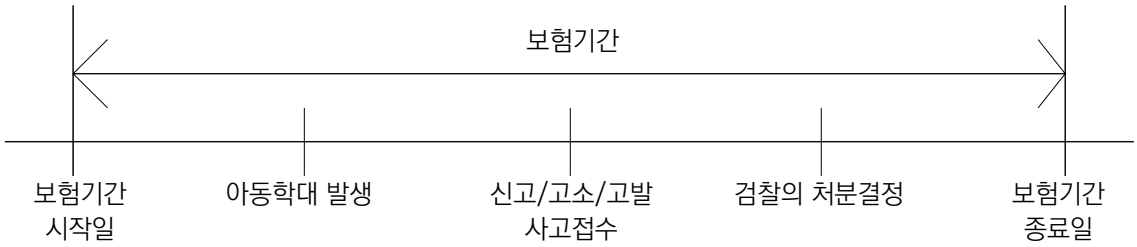
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 "아동학대관련범죄"가 보험기간 이전에 발생된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중에 "아동학대관련범죄"가 발생 및 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수된 경우, 보험기간 이후에 "검찰의 처분결정"이 내려지더라도 보험금을 지급합니다.

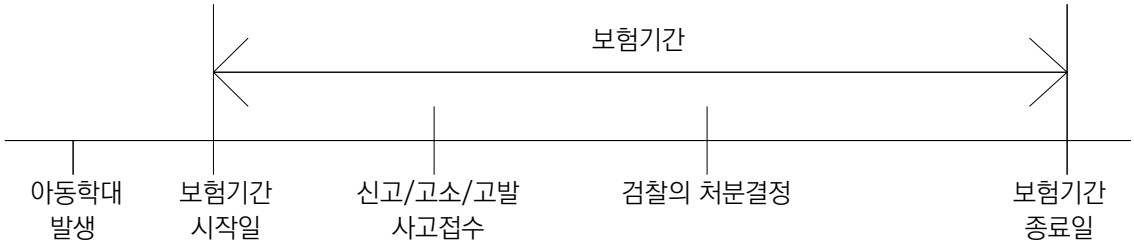
② 회사는 보험기간 중에 "아동학대"가 발생하였으나, 보험기간 이후 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【보험금 지급사례】

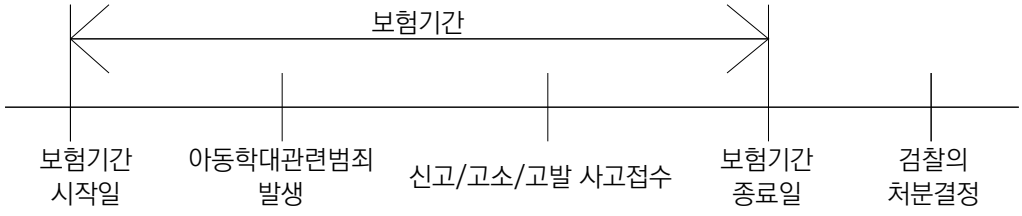
[사례1] 보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급



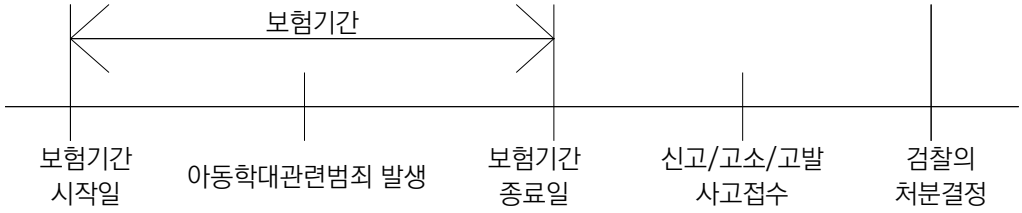
[사례2] 보험기간 시작일 이전에 아동학대가 시작된 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않음



[사례3] 보험기간 중 아동학대 발생 및 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고, 보험기간 이후 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급



[사례4] 보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하였으나, 보험기간 이후 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않음



③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, "장해분류표"에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ "장해분류표"에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 "장해분류표"의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, "장해분류표"의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



【의료법 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

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, "장해분류표"의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 친족에 의한 아동학대
2. 보험수익자에 의한 아동학대
3. 계약자에 의한 아동학대
4. 제3자와 피보험자의 친족, 보험수익자, 계약자의 공모로 발생한 아동학대

제4조(“아동”, “아동학대관련범죄”, “친족”, “검찰의 처분결정 ”의 정의)

① 이 특별약관에서 “아동”이라 함은 18세 미만인 사람을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "아동학대"라 함은 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적 · 정신적 · 성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동을 유기하거나 방임하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 “아동학대관련범죄”라 함은 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수된 다음의 각 호의 범죄를 말합니다.

1. 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호(【별표28】 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 ‘살인의 죄’ 참조. 이하 같습니다)에 따른 아동학대범죄
2. 아동에 대한 「형법」 제2편제24장 살인의 죄 중 제250조부터 제255조까지의 죄(【별표28】 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」제2조 제4호 및 「형법」제2편 제24장 ‘살인의 죄’ 』참조. 이하 같습니다)
3. 보호자 이외의 성인에 의한 아동학대로서 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 각목의 어느 하나에 해당하는 죄

④ 이 특별약관에서 “친족”이라 함은 「민법」 제777조에서 정한 친족을 말하며 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 “검찰의 처분결정”이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 ‘기소’라 하며, 약식기소를 포함합니다), 아동보호사건 송치 또는 기소유예한 것을 말합니다.

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

【공소제기】

검사가 법원에 대하여 형사사건의 재판을 요구하는 소송행위(이하 ‘기소’라 하며, 약식기소를 포함합니다.)를 말합니다.

【기소유예】

검찰사건사무규칙 제69조 제3항 제1호에서 정한 피의사실이 인정되나 형법 제51조 각호의 사항을 참작할 때 소추를 필요로 하지 아니하여 검찰이 기소를 유예하는 경우를 말합니다.

【약식기소】

검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류(법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서, 사건처분결과통지서 등)
3. 사고증명서(진료비계산서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

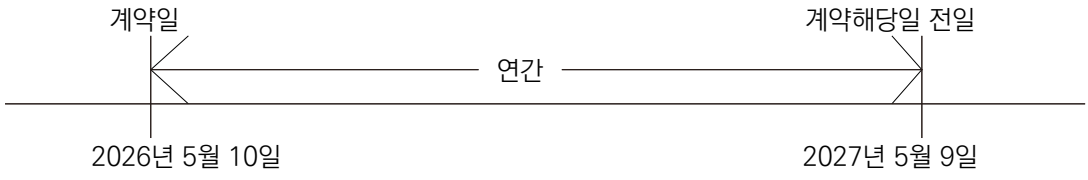
5-29. 아동학대피해민사소송(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 친족(부/모와 사실상 혼인관계에 있는자를 포함) 이외의 자에 의한 「아동학대」로 「아동학대관련범죄」의 피해자가 되어 검찰의 처분결정이 내려지고, 이를 원인으로 민사소송을 제기함에 따라 피보험자가 부담한 변호사선임비용을 연간 1사건에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

【연간에 대한 예시】



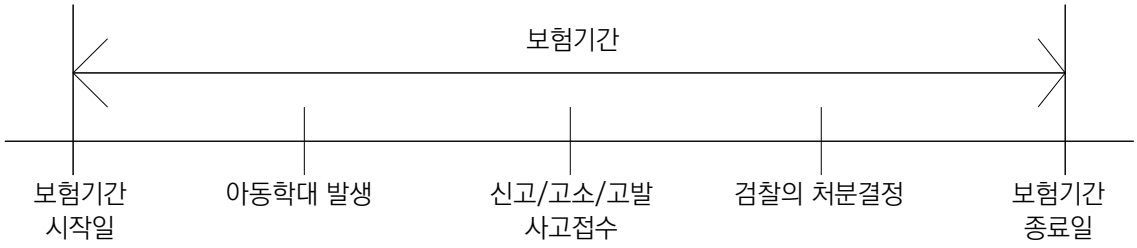
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 "아동학대관련범죄"가 보험기간 이전에 발생된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중에 "아동학대관련범죄"가 발생 및 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수된 경우, 보험기간 이후에 "검찰의 처분결정"이 내려지더라도 보험금을 지급합니다.

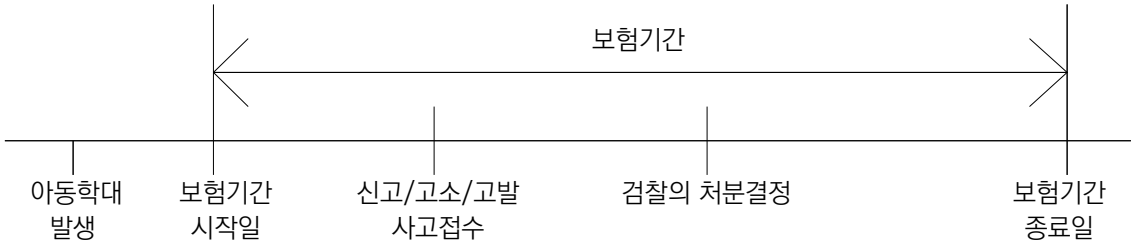
② 회사는 보험기간 중에 "아동학대"가 발생하였으나, 보험기간 이후 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【보험금 지급사례】

[사례1] 보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급

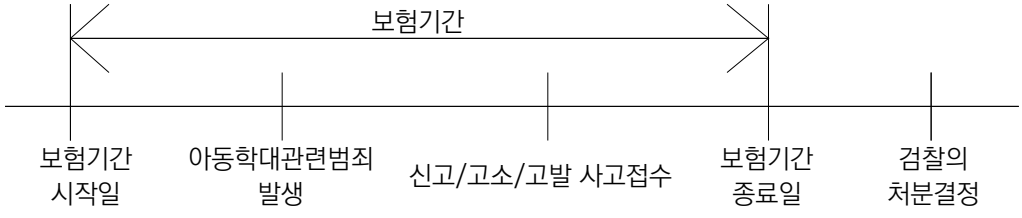


[사례2] 보험기간 시작일 이전에 아동학대가 시작된 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않음

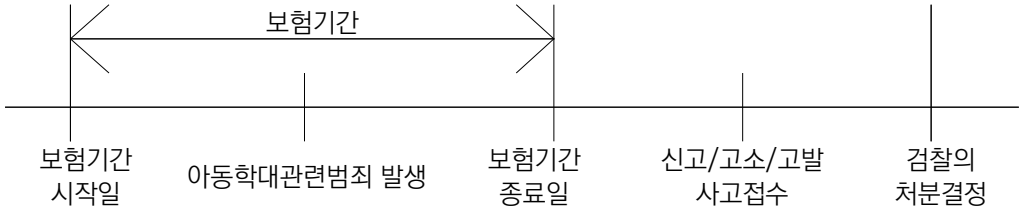


[사례3] 보험기간 중 아동학대 발생 및 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고, 보험기간 이후 검찰의

처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급



[사례4] 보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하였으나, 보험기간 이후 수사기관에 신고/고소/고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않음



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 친족에 의한 아동학대
2. 보험수익자에 의한 아동학대
3. 계약자에 의한 아동학대
4. 제3자와 피보험자의 친족, 보험수익자, 계약자의 공모로 발생한 아동학대

제4조("아동", "아동학대관련범죄", "친족", "검찰의 처분결정 "의 정의)

① 이 특별약관에서 "아동"이라 함은 18세 미만인 사람을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "아동학대"라 함은 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적 · 정신적 · 성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동을 유기하거나 방임하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 "아동학대관련범죄"라 함은 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수된 다음의 각 호의 범죄를 말합니다.

1. 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호(【별표28】 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 '살인의 죄' 』 참조. 이하 같습니다)에 따른 아동학대범죄
2. 아동에 대한 「형법」 제2편제24장 살인의 죄 중 제250조부터 제255조까지의 죄(【별표28】 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 '살인의 죄' 』 참조. 이하 같습니다)
3. 보호자 이외의 성인에 의한 아동학대로서 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 각목의 어느 하나에 해당하는 죄

④ 이 특별약관에서 "친족"이라 함은 「민법」 제777조에서 정한 친족을 말하며 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 "검찰의 처분결정"이라 함은 검사가 피의자에게 공소제기(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다), 아동보호사건 송치 또는 기소유예한 것을 말합니다.

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

【공소제기】

검사가 법원에 대하여 형사사건의 재판을 요구하는 소송행위(이하 '기소'라 하며, 약식기소를 포함합니다.)를 말합니다.

【기소유예】

검찰사건사무규칙 제69조 제3항 제1호에서 정한 피의사실이 인정되나 형법 제51조 각호의 사항을 참작할 때 소추를 필요로 하지 아니하여 검찰이 기소를 유예하는 경우를 말합니다.

【약식기소】

검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류), 소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보통약관 제7관 [보험계약의 자동갱신 등]에 따라 갱신됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-30. 성장기언어및행동발달특정장애진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "성장기언어및행동발달특정장애"로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성장기언어및행동발달특정장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "성장기언어및행동발달특정장애"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("성장기언어및행동발달특정장애"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "성장기언어및행동발달특정장애"라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 성장기언어및행동발달특정장애(【별표125】 성장기언어및행동발달특정장애 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "성장기언어및행동발달특정장애"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "성장기언어및행동발달특정장애"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 성장기언어및행동발달특정장애진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-31. 성장판손상특정부위골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 “특정부위골절”로 진단 확정되고, 동일 부위에 “성장판 손상”에 대한 의사의 진단이 있는 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 성장판손상특정부위손상골절 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 성장판손상특정부위골절 진단비는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

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.

【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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“특정부위골절” 및 “성장판 손상”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “특정부위골절”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정부위골절(【별표126】『특정부위골절 분류표』 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “성장판손상”이라 함은 골성장이 완료되지 않은 자에게서 발생한 골절로서, 골절선 또는 골절에 의한 손상이 장골의 성장판 (physis)을 침범한 경우를 말합니다.

③ “특정부위골절” 및 “성장판 손상”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 임상적 증상과 함께 X-ray, CT, MRI 등 영상검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “특정부위골절”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(Salter-Harris 분류에 따른 손상 Type 기재 등), 진료비계산서, 의사소견서, 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지, 골절 촬영 영상 사진 또는 이에 준하는 판독자료 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-32. 중증틱장애진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “중증틱장애”로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증틱장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 “중증틱장애”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“중증틱장애”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 “중증틱장애”라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 중증틱장애(【별표133】 중증틱장애 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말하며, 다양한 “운동틱장애” 및 “음성틱장애”를 모두 나타내며(단, 반드시 동시에 나타나는 것은 아님) 전체 유병기간이 1년 이상 지속되는 경우를 말합니다.

② 제1항에서 “운동틱장애”라 함은 얼굴 찡그리기, 눈 깜빡임, 어깨 으쓱댐, 코 킁킁거림, 기침하기 등 행동의 반복을 보이거나 몸 냄새 맡기, 손을 흔들거나 발로 차는 동작 등 통합적이며 목적을 가진 행동과 같은 증상을 말합니다.

③ 제1항에서 “음성틱장애”라 함은 저속한 언어를 말하는 외설증, 말을 따라하는 방향 언어 등의 증상을 보이는 경우를 말합니다.

④ “중증틱장애”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「중증틱장애」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증틱장애진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터

이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-33. 가와사키병(점막피부림프절증후군)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "가와사키병(점막피부림프절증후군)"으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 가와사키병(점막피부림프절증후군)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 "가와사키병(점막피부림프절증후군)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조("가와사키병(점막피부림프절증후군)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "가와사키병(점막피부림프절증후군)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 가와사키병(점막피부림프절증후군)(【별표116】 가와사키병(점막피부림프절증후군) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "가와사키병(점막피부림프절증후군)"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 혈액검사, 심장초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "가와사키병(점막피부림프절증후군)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 가와사키병(점막피부림프절증후군)진단비를 지급한 때에는 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특

별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

5-34. 특정안과질환진단비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “녹내장(선천녹내장제외)”, “중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)” 또는 “색각결손”으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정안과질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 양안(양쪽눈)이 각각 “녹내장(선천녹내장제외)”, “중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)” 또는 “색각결손”으로 진단 확정되더라도 특정안과질환진단비 각각 1회만 지급합니다.

구 분	지급금액
녹내장(선천녹내장제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
색각결손	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【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

② 피보험자가 보험기간중에 사망하고, 그 후에 “특정안과질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 ‘사망’의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(“특정안과질환”의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서“특정안과질환”이라 함은 “녹내장(선천녹내장제외)”, “중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)” 및 “색각결손”에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 “녹내장(선천녹내장제외)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정안과질환(【별표139】 녹내장(선천녹내장제외) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 “중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정안과질환(【별표140】 중증백내장및수정체질환(선천백내장제외) 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 “색각결손”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정안과질환(【별표141】 색각결손 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ “녹내장(선천녹내장제외)”, “중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)” 및 “색각결손”의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력 및 증상과 함께 의학적으로 필요한 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 또한 회사가 ‘녹내장(선천녹내장제외)’, ‘중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)’ 및 ‘색각결손’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사결과지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정안과질환진단비(녹내장(선천녹내장제외)), 특정안과질환진단비(중증백내장및수정체질환(선천백내장제외)) 또는 특정안과질환진단비(색각결손)를 각 1회씩 모두 지급하여 이 특별약관에서 더 이상 보험금의 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 최종 특정안과질환진단비에 대한 손해보상 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸합니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 특별약관은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제9조(공시이율의 적용 및 공시), 제10조(만기환급금의 지급), 제16조(계약 후 알릴 의무)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

Ⅵ. 제도성 특별약관

6-1. 피보험자추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자 이외에 아래의 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인의 부모
3. 배우자의 부모
4. 본인 또는 배우자의 자녀
5. 본인의 형제·자매

② 제1항의 피보험자는 최초계약체결시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 자를 말합니다.

제2조(피보험자의 변경)

피보험자가 이 보험에서 담보하지 않는 사유로 사망한 경우에 계약자는 피보험자를 변경할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125씨씨 이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다))와 배기량이 50씨씨 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-3. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-4. 대리청구인 지정 서비스 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 보험수익자의 대리인이 보험금(사망보험금 제외)을 대리하여 청구하고 수령하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 기명 대리청구인: 계약자가 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제5조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.
2. 무기명 대리청구인: 계약자가 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제5조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제3조(특별약관의 성립과 적용대상)

① 이 특별약관은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

② 이 특별약관의 적용대상은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

제3조(특별약관의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

제5조(대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인(이하, '대리청구인'이라 합니다)을 지정할 수 있습니다.

1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
2. 제1호에도 불구하고, 무기명으로 제8조(보험금의 청구) 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

【대리청구인 지정 예시】

- **기명 대리청구인**
  - 계약자가 기명하여 지정: (예시) **"김OO"**
- **무기명 대리청구인**
  - 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지정: (예시) **가족관계등록부 상 배우자**

【무기명 대리청구인 판단 예시】

보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 **가족관계등록부 상 배우자**(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우
→ 해당 시점 대리청구인은 제8조(보험금의 청구) 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제6조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제8조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
   단, 제1항 2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속

③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류

4. 개인정보 관련 동의서

④ 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제3조(특별약관의 성립과 적용대상) 제2항에 따른 적용대상 계약의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
4. 개인정보수집 이용 동의서

② 제1항에도 불구하고, 제5조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제7조(보험금의 지급절차)

① 제5조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인은 제8조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제3조(특별약관의 성립과 적용대상) 제2항의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 제5조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제5조(대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 제5조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 대리청구인의 신분증
4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-5. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약(또는 신청)과 우리 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특별약관을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 보험계약에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 보험계약에 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호의 조건을 부가하거나 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.

② 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 진단확정된 질병으로 "장해분류표"(【별표1】 장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 【별표50】 특정부위 분류표 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정부위"라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. 【별표17】 특정질병 분류표 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라합니다.)

③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1개월부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간"으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 '유사계약'이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

⑤ 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제2항 제2호에서 지정한 특정 질병에 대해서 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 면책기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑥ 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지

급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제가 발생한 경우

⑧ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단 자료로 하여 결정합니다.

⑩ 제2항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-6. 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 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4 (특별세액공제)】

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4 (보험료세액공제)】

① 법 제59조의4 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 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험 · 보증 · 공제의 보험료 · 보증료 · 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재 · 도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험 · 보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 제2항 각호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 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. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병 · 부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업 · 취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위 등)】

① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다. 〈개정 2022. 3. 18.〉

② 영 제107조제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례1】

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례2】

전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

【특별약관을 적용할 수 없는 사례3】

전환대상계약의 피보험자 및 보험수익자가 비장애인이고 법정상속인이 장애인인 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 그때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 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 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 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 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【사례】

2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2026년 1월 15일~ 2026년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2026년 6월 1일~2026년 12월 31일) 납입된 보험료만 2026년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제 1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【사례】

2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2026년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 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 보통약관 및 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

6-7. 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 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 보통약관에 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.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 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(보험계약자의 알릴의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소 등을 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소 등이 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소 등을 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소 등으로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소 등을 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니하여 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-8. 보험소비자 민생안정 보험료 납입유예 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 보통약관 : 주된 보험계약을 말합니다.
2. 특별약관 : 보통약관에 부가하는 보험계약을 말합니다.
3. 해당계약 : 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관을 말합니다.
4. 해당계약 보험료 : 매월 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 월납보험료(이하 '보험료'라 합니다)를 말합니다.
5. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
6. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
7. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
8. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
9. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

제2-1조("암(유방암및생식기암제외)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암(유방암 및 생식기암 제외)"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "악성신생물(암)"(【별표2】 악성신생물(암) 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 "기타피부암", "갑상선암" 및 "유방암 및 생식기암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, "전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)"에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 제1항의 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "기타피부암 및 갑상선암"(【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조)으로 분류되는 질병 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 제1항의 "유방암 및 생식기암"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "유방암 및 생식기암"(【별표16】 유방암 및 생식기암 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ "암(유방암 및 생식기암 제외)"의 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 하며, 이 경우 "암(유방암 및 생식기암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유방암 및 생식기암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



【'제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우



【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 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.



【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2-2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "뇌졸중"(【별표19】 뇌졸중 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "뇌졸중"의 진단 확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "뇌졸중"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-3조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 "급성심근경색증"(【별표20】 급성심근경색증 분류표 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 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 각 호의 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

제3조(적용대상에 관한 사항)

이 특별약관은 해당계약의 계약자가 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 『고용보험법』 제2조(정의) 제4호에 따른 '실업의 인정'을 받은 경우
2. 3대 중대질병(암(유방암및생식기암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증) 진단
3. 출산 또는 유아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)

【실업의 인정】

『고용보험법』 제2조(정의) 제4호에 따른 '실업의 인정'으로, 직업안정기관의 장이 같은 법 제43조에 따른 수급자격자가 실업한 상태에서 적극적으로 직업을 구하기 위하여 노력하고 있다고 인정하는 것을 말합니다.

【육아휴직】

육아휴직이란 『남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률』 제19조(육아휴직)에 따라 근로자가 만8세 이하 또는 초등학고 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 유직을 말합니다.

【육아기 근로시간 단축】

육아기 근로시간 단축이란『남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률』제19조의2(육아기 근로시간 단축)에 따라 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조(보험료 납입유예 신청에 관한 사항)

① 계약자는 계약일 부터 경과기간 1년이 지난 이후부터 보통약관의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(적용대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 '납입유예'라 합니다)를 신청할 수 있습니다.

② 계약자는 다음의 서류 중 해당서류를 제출하고 보험료 납입유예를 신청하여야 합니다. 다만,『고용보험법』제2조(정의) 제4호에 따른 '실업의 인정'의 경우 고용보험 수급자격증 취득 이후 1년 이내, 3대 중대질병(암(유방암및생식기암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증) 진단의 경우 최초진단 이후 1년 이내, 출산의 경우 출산일로부터 1년 이내, 육아휴직(육아기 근로시간 단축)은 육아휴직(육아기 근로시간 단축)을 하고 있는 해당기간 내에서 신청이 가능합니다.

1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
2. 각 신청사유에 해당함을 확인할 수 있는 서류
   가. 고용보험법 제2조(정의) 제4호에 따른 '실업의 인정'을 받은 경우 : 고용보험 수급자격증
   나. 3대 중대질병(암(유방암및생식기암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증) 진단 : 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함)
   다. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서, 육아휴직(육아기 근로시간 단축) 확인서
3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 제2항 제2호 가목의 고용보험 수급자격증은『고용보험법 시행령』제62조(수급자격의 인정) 제1항에 따라 수령한 보험 수급자격증을 말합니다. 또한, 제2항 제2호 나목의 '진단서(병명 및 분류코드기입), 진료기록부(검사기록지 포함)'는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(〈별첨1〉 참조)한 국내의 병원이나 의원 또는 외국의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보험료 납입유예를 신청할 수 없습니다.

1. 갱신형 보통약관이 최종 갱신계약인 경우(최초계약의 보험기간 종료일이 최종 갱신계약의 보험기간 종료일인 경우 포함)
2. 비갱신형 보통약관의 납입기간이 전기납인 경우
3. 보통약관의 잔여 납입기간이 1년 미만인 경우
4. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
5. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조 제7항에 따라 취소한 경우 포함)

제5조(보험료 납입유예에 관한 사항)

① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 납입기일부터 1년간(12개월) 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 납입유예기간동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장합니다.

② 납입유예 이후의 해당계약 보험료 납입기일 및 납입완료시점은 보험료의 납입이 유예된 기간(이하 '납입유예기간'이라 합니다.)만큼 연기되며, 그에 따라 보험료 납입기간은 납입유예기간만큼 연장됩니다. 다만, 납입유예기간동안 납입하지 않은 해당계약 보험료(이하 '납입유예 보험료'라 합니다)는 보통약관 납입기간 이후 최초로 도래하는 납입기일부터 1년간 각 보험료 납입기일에 납입하여야 합니다. 이때, 보통약관 납입기간은 납입유예 신청 전의 납입기간을 말합니다.

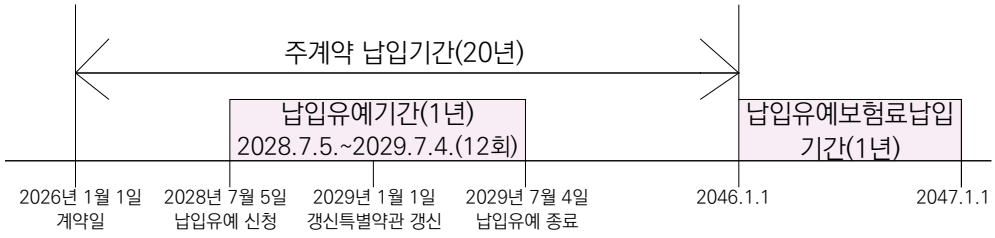
③ 제2항에도 불구하고 보통약관이 갱신형인 경우 '보통약관 납입기간'은 납입유예기간이 속하는 최초계약 또는 갱신계약의 납입기간으로 보며, 계약자는 납입유예 이후 최초로 도래하는 갱신일을 기준으로 최초로 도래하는 납입기일부터 1년간 해당계약 보험료 납입기일에 해당계약 보험료에 납입유예 보험료를 더하여 납입하여야 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 납입유예기간 중 갱신형 해당계약의 갱신일 도래 시, 납입유예보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.



【보험료 납입유예 예시】

기준 : 주계약 비갱신형(20년납), 갱신형 특별약관 갱신주기 3년, 납입기일 매월 1일



구 분	납입보험료	납입유예기간	납입유예보험료납입기간	납입유예보험료
주계약	10만원	2028.7.5. ~ 2029.7.4.(12회)	2046.1.1.~2046.12.31. 매월 1일에 총 12회 납입	10만원 X 12회
갱신형특별약관	최초계약:3만원 갱신계약:4만원			최초계약 : 3만원 X 5회 1회차 갱신계약 : 4만원 X 7회

⑤ 제1항~제4항에도 불구하고 해당계약 전부 또는 일부의 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 해당 시점까지의 납입유예 보험료를 일시 납입하여야 하며, 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지에 의해 해지될 수 있습니다.

⑥ 계약자는 납입유예기간동안 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다. 납입유예기간 이후 납입기간을 변경하는 경우에는 변경전까지의 납입유예보험료를 납입하여야 합니다.

⑦ 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소신청을 하고 납입유예기간 동안의 납입유예 보험료를 취소 신청일에 일시 납입하여야 합니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예 신청 전 계약상의 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

⑧ 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다. 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당시점의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑨ 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 각 지급금에 해당하는 해당 시점까지의 납입유예 보험료를 차감하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

⑩ 해당계약의 보험금 및 해약환급금 등이 납입기간에 따라 변동하는 경우 납입유예에도 불구하고 납입유예기간동안 납입유예보험료가 납입된 것으로 간주하여 해당계약의 약관을 적용합니다.

⑪ 적립보험료의 경우 납입유예를 적용하지 않으며, 납입유예기간 동안 적립보험료 납입을 중지합니다.

제6조('납입유예 보험료'의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 납입유예보험료를 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 보상합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등)

또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 납입유예 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 지급할 보험금, 해약환급금에서 이를 공제할 수 있습니다.



【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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-9. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)

이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)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 계약자의 청약과 회사의 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 납입 완료 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 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 최종분할납입금액을 납입기일까지 납입하지 않아 납입이 연체중인 경우 회사는 보통약관 제31조(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 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6-10. 출산육아휴직 보험료 할인 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관(이하 '특별약관'은 '특약'이라 합니다)은 다음 각 호에 해당하는 계약 중 유효한 계약(이하 '대상계약'이라 합니다)에 한하여 적용합니다.

1. 회사가 업무보고서 상 어린이보험으로 분류한 상품
2. '어린이', '자녀', '아이', '베이비' 등 상품명에 어린이와 관련한 단어를 포함한 보장성 상품

제2조(보험료 할인의 적용대상 및 신청)

① 계약자(미성년자인 계약자의 경우에는 보험료 할인 신청일 기준 가족관계증명서 또는 기본증명서상의 법정대리인을 포함하며, 이하 같습니다.)가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사에 보험료 할인의 신청이 가능합니다.

1. 계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 할인 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다.)가 출산을 하게 된 경우(단, 해당 대상계약의 피보험자를 출산한 경우는 제외)
2. 계약자 또는 계약자의 배우자가 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 기간 중인 경우

② 제1항 제1호의 '출산'은 유산 및 사산은 포함하지 않으며, 출산일로부터 1년 이내에 제1항의 보험료 할인의 신청이 가능합니다.

③ 제1항 제2호의 '육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)'은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 하고 있는 해당기간 내에 제1항의 보험료 할인의 신청이 가능합니다.

④ 제3항에서 관련 법령의 개정에 따라 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)의 적용 기준이 변경된 경우에는 보험료 할인 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑤ 계약자는 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입기간 중 대상계약 당 1회에 한하여 제1항의 보험료 할인을 신청할 수 있습니다.

⑥ 계약자는 회사에 다음의 서류를 제출하고 제1항의 보험료 할인을 신청하여야 합니다.

1. 각 신청사유에 해당함을 확인할 수 있는 서류
   가. 출산 : 출생증명서, 가족관계증명서, 주민등록등본, 기본증명서
   나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서, 기본증명서
2. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 제1항 내지 제6항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항의 보험료 할인을 신청할 수 없습니다.

1. 대상계약의 기본계약 잔여 보험료 납입기간이 1년 미만인 경우(연만기 갱신형 상품의 경우, 기본계약 갱신일까지의 잔여 보험료 납입기간이 1년 미만인 경우 포함)
2. 이미 제1항의 보험료 할인을 신청한 경우
3. 제1항의 보험료 할인 신청일로부터 직전 1년 이내에 계약자를 변경한 경우(단, 변경 전 계약자가 변경 후 계약자의 배우자인 경우는 제외)

【육아휴직】

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 「국가공무원법」 제71조(휴직)에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

【육아기 근로시간 단축】

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제26조의2(근무시간의 단축 임용등)에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

【예시】

계약자가 두 명의 자녀를 피보험자로 하는 대상계약을 각각 가입한 경우

2026년 7월 1일 첫째자녀 출생, 2029년 12월 1일 둘째자녀 출생 가정

할인대상	할인 신청 요건			
	첫째 출산	둘째 출산	첫째 육아휴직	둘째 육아휴직
첫째 자녀 대상계약	신청 **불가**	신청 **가능**	신청 **가능**	신청 **가능**
둘째 자녀 대상계약	미가입	신청 **불가**	신청 **가능**	신청 **가능**

※ 단, 대상계약 당 납입기간 중 1회에 한하여 할인 신청이 가능합니다.

·첫째 자녀의 대상계약을 가입한 후, 첫째 자녀를 출산한 경우
→ 해당 대상계약의 피보험자 출산에 해당하여 **할인 신청 불가**

·첫째 및 둘째 자녀의 대상계약을 각각 가입한 후, 둘째 자녀를 출산한 경우
→ 첫째자녀 계약은 해당 대상계약의 피보험자 출산에 미해당하여 **할인 신청 가능**,
둘째자녀 계약은 해당 대상계약의 피보험자 출산에 해당하여 **할인 신청 불가**

·첫째 및 둘째 자녀의 대상계약을 각각 가입한 후, 계약자(또는 그의 배우자)가 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 중인 경우
→ 첫째 및 둘째 자녀 계약 모두 **할인 신청 가능**

제3조(보험료 할인의 적용)

① 계약자가 제2조(보험료 할인의 적용대상 및 신청)에서 정한 보험료 할인을 신청하고 회사가 이를 승인하는 경우, 대상계약에 대하여 제2항에 따라 보험료 할인을 적용하여 드립니다. 할인 금액은 이 특약의 사업방법서에 따릅니다.

② 제2조(보험료 할인의 적용대상 및 신청) 제6항에서 정한 증빙서류가 접수되고 회사가 이를 승인한 날 이후에 납입하는 영업보험료부터 할인율을 적용하여 영수합니다.

제4조(보험료 할인의 적용 기간)

제3조(보험료 할인의 적용)에 의해 대상계약에 보험료 할인이 적용된 시점부터 월납기준 12회분(연납기준 1회분)간 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

무배당 하나더스타트 어린이보험
별 표

【별표1】 장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.

2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.

5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해 진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때' 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위 · 아래턱(상 · 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌 · 중추신경계 손상(정신 · 인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계 · 정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존의치(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 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(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 '〈붙임2〉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 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

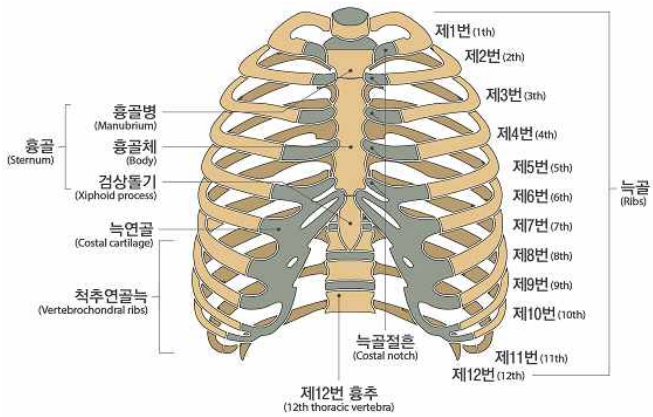
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

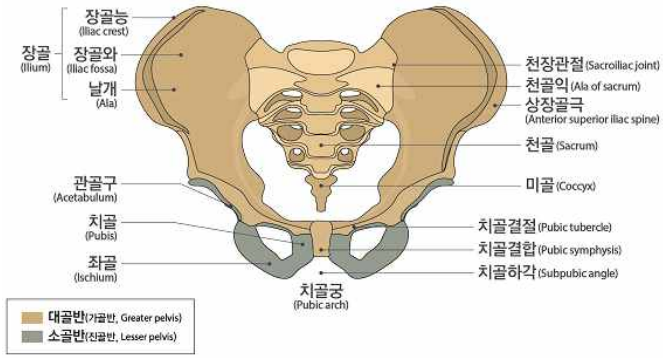
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



【가슴뼈】



【골반뼈】



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 완전 강직(관절굳음)

   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 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 않는다.

3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉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 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인

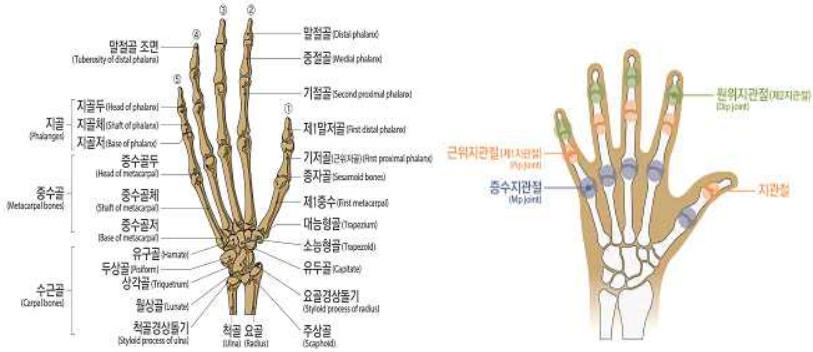
경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉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 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

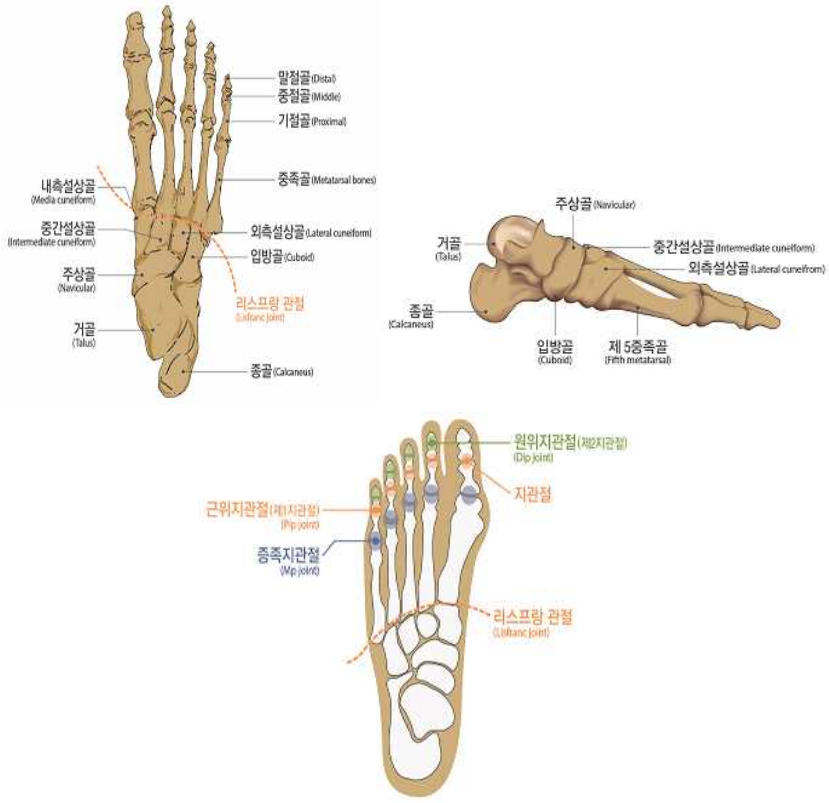
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 '〈붙임2〉산업재해보상보험법 시행규칙' 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



【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 '〈붙임1〉 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 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "〈붙임1〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "〈붙임1〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 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 일반 공공시설의 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 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

【붙임1】 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 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 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상 · 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상 · 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상 · 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【붙임2】 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. 〈개정 2020. 1. 10.〉

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. 〈개정 2019. 10. 15.〉

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. 〈신설 2016. 3. 28. , 2019. 10. 15.〉

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

【별표2】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	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. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【별표3】 기타피부암 및 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 기타피부암 및 갑상선암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 피부의 악성신생물 2. 갑상선의 악성신생물	C44 C73

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표4】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	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

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표6】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표7】 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표8】 중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

분 류 항 목		분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상 복부내 기관의 손상 비뇨 및 골반 기관의 손상	S26 S27 S36 S37

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표9】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표10】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표11】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상상병	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

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표12】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8. 기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표13】 아나필락시스쇼크 분류표

약관에 규정하는 아나필락시스쇼크로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 아나필락시스쇼크 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	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

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 아나필락시스쇼크 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표14】 심한상해 분류표

약관에 규정하는 심한상해로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심한상해 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 뇌신경의 손상	S04
2. 두개내손상	S06
3. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
4. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
5. 심장의 손상	S26
6. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
7. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
8. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
9. 복강내기관의 손상	S36
10. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
11. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
12. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
13. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
14. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
15. 아래다리 부위의 신경손상	S84
16. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
17. 기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
18. 여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
19. 복부내 및 골반 기관을 포함한 흉곽내기관의 손상	T06.5
20. 척수의 상세불명 부위의 손상	T09.3
21. 몸통의 상세불명의 신경, 척추신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
22. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
23. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
24. 상세불명의 신체부위의 신경손상	T14.4
25. 절단잘린끝의 신경종	T87.3
26. 척수손상의 후유증	T91.3

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 심한상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표15】 뇌 · 내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌 · 내장손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌 · 내장손상 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

분 류 항 목		분류번호
뇌손상	[두개골 및 안면골의 골절]	
	1. 두개원개의 골절	S02.0
	2. 두개저의 골절	S02.1
	3. 안와바닥의 골절	S02.3
	4. 두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	5. 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6. 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내손상]	
	1. 미만성 뇌손상	S06.2
	2. 경막외출혈	S06.4
	3. 외상성 경막하출혈	S06.5
	4. 외상성 거미막하출혈	S06.6
	5. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	6. 기타 두개내손상	S06.8
	7. 상세불명의 두개내손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1. 두개골의 으깸손상	S07.1
	2. 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	[머리 부분의 외상성 절단]	
	1. 머리의 기타부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1. 달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	2. 머리의 다발손상	S09.7
	[심장의 손상]	
내장손상	[심장의 손상]	S26.0
	1. 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.8
	2. 심장의 기타 손상	S26.9
	3. 심장의 상세불명 손상	
	[기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상]	S27.3
	1. 폐의 기타 손상	S27.4
	2. 기관지의 손상	S27.5
	3. 흉부기관의 손상	S27.6
	4. 흉막의 손상	S27.7
	5. 흉곽내기관의 다발손상	S27.8
	6. 기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.9
	7. 상세불명의 흉곽내기관의 손상	
	[흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
	[복강내기관의 손상]	
	1. 비장의 손상	S36.0
	2. 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3. 췌장의 손상	S36.2
	4. 위의 손상	S36.3
	5. 소장의 손상	S36.4
	6. 결장의 손상	S36.5
	7. 직장의 손상	S36.6
	8. 다발성 복강내기관의 손상	S36.7
	9. 기타 복강내기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반 기관의 손상]	
	1. 신장의 손상	S37.0
	2. 요관의 손상	S37.1
	3. 방광의 손상	S37.2
	4. 요도의 손상	S37.3
	5. 난소의 손상	S37.4
	6. 난관의 손상	S37.5
	7. 자궁의 손상	S37.6
	8. 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9. 기타 골반기관의 손상	S37.8

분 류 항 목		분류번호
	[복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단] [복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상] 1. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S38 S39.6

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다

【별표16】 유방암 및 생식기암 분류표

약관에 규정하는 생식기관련암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물 2. 여성 생식기관의 악성신생물 3. 남성 생식기관의 악성신생물	C50 C51~C58 C60~C63

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표17】 특정질병 분류표

약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호	항 목 명
1. 심장질환	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병
2. 뇌혈관질환	I60 ~ I69	뇌혈관 질환
3. 당뇨병	E10 ~ E14 O24	당뇨병 임신중 당뇨병
4. 고혈압성질환	I10 ~ I13, I15	고혈압성질환
5. 결핵	A15 ~ A19 B90	결핵 결핵의 후유증
6. 담석증	K80	담석증
7. 요로결석증	N20 N21 N23	신장 및 요관의 결석 하부 요로의 결석 상세불명의 신장 급통증
8. 골관절증 및 류마티스관절염	M05 M06 M08 M15 ~ M19	혈청검사 양성 류마티스관절염 기타 류마티스 관절염 연소성 관절염 관절증
9. 변형성 등병증	M40 ~ M43	변형성 등병증
10. 척추병증	M45 ~ M49	척추병증
11. 기타 등병증	M50 ~ M54	기타 등병증
12. 골반염	N73 N74	기타 여성골반염증질환 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
13. 자궁내막증	N80	자궁내막증
14. 자궁의 평활근종	D25	자궁의 평활근종
15. 하지의 정맥류	I83	하지의 정맥류
16. 임신중독증	O11 O12 O13 O14 O15	만성 고혈압에 겹친 전자간 고혈압을 동반하지 않은 임신성 [임신-유발] 부종 및 단백뇨 임신성[임신-유발]고혈압 전자간 자간
17. 통풍	E79 M10	퓨린 및 피리미딘의 대사장애 통풍
18.지질단백질대사장애및 기타 지질증	E78	지질단백질대사장애 및 기타지질증
19. 사시	H49 H50 H51	마비성 사시 기타 사시 양안운동의 기타 장애
20. 탈장	K40 ~ K46 N43	탈장 음낭수종 및 정액류
21. 유산	N96	습관적 유산자

대 상 질 병	분류번호	항 목 명
	O00 ~ O08 O20	유산된 임신 초기임신중 출혈
22. 복막의 질환	K65 ~ K67	복막의 질환
23. 골다공증	M80 M81 M82	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증
24. 천식	J45 J46	천식 천식지속 상태
25. 난소의 양성신생물	D27	난소의 양성 신생물
26. 바르톨린선의 질환	N75	바르톨린선의 질환
27. 여성 생식관의 용종	N84	여성 생식관의 용종
28. 백내장	H25 H26	노년백내장 기타 백내장

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표18】 11대특정암 분류표

약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 위의 악성신생물	C16
3. 췌장의 악성신생물	C25
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	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 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 담낭의 악성신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
9. 기관의 악성신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
11. 소장의 악성신생물	C17

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표19】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

	대 상 질 병	분류번호
뇌졸중	1. 거미막하출혈 2. 뇌내출혈 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 4. 뇌경색증 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I60 I61 I62 I63 I65 I66

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표20】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증 2. 후속 심근경색증 3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표21】 염증성심장질환 분류표

약관에 규정하는 심혈관질환(염증성심장질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 심혈관질환(염증성심장질환) 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심장막염	I30
2. 심장막의 기타질환	I31
3. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
4. 급성 및 아급성 심내막염	I33
5. 상세불명 판막의 심내막염	I38
6. 급성 심근염	I40
7. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 심혈관질환(염증성심장질환) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표22】 기타심장부정맥 분류표

약관에 규정하는 기타심장부정맥으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 기타심장부정맥 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
기타 심장부정맥	I49

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 기타심장부정맥 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표23】 특정심장질환 분류표

약관에 규정하는 특정심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정심장질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
2. 발작성 빈맥	I47
3. 심방세동 및 조동	I48
4. 심부전	I50

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표24】 만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 만성당뇨합병증 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈 합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E10.2+ E10.3+ E10.4+ E10.5
2형 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈 합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E11.2+ E11.3+ E11.4+ E11.5
영양실조-관련당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈 합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E12.2+ E12.3+ E12.4+ E12.5
기타 명시된 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈 합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E13.2+ E13.3+ E13.4+ E13.5
상세불명의 당뇨병	· 신장 합병증을 동반 · 눈 합병증을 동반 · 신경학적 합병증을 동반 · 말초순환계 합병증을 동반	E14.2+ E14.3+ E14.4+ E14.5
기타 당뇨병성 합병증	· 당뇨병성 단일신경병증 · 당뇨병성 다발신경병증 · 당뇨병성 백내장 · 당뇨병성 망막병증 · 당뇨병에서의 사구체장애	G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 N08.3

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 만성당뇨합병증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표25】 특정감염병 분류표

약관에 규정하는 특정감염병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정감염병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1 - A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장 출혈성 대장균 감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33 - A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렙토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막알균 수막염	A39.0
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1 - A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50 - B54

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정감염병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표26】 천식지속상태(급성중증천식) 분류표

약관에 규정하는 천식지속상태로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 천식지속상태 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
천식지속상태	J46

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 천식지속상태 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표27】 급성신우신염 분류표

약관에 규정하는 급성신우신염으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성신우신염 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

명칭	대 상 질 병	분류번호
급성신우신염	급성세뇨관 – 간질신장염	N10

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 급성신우신염 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표28】「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호 및 「형법」 제2편 제24장 '살인의 죄'

「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조 제4호

4. "아동학대범죄"란 보호자에 의한 아동학대로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 죄를 말한다.

가. 「형법」 제2편제25장 상해와 폭행의 죄 중 제257조(상해)제1항·제3항, 제258조의2(특수상해)제1항(제257조제1항의 죄에만 해당한다)·제3항(제1항 중 제257조제1항의 죄에만 해당한다), 제260조(폭행)제1항, 제261조(특수폭행) 및 제262조(폭행치사상)(상해에 이르게 한 때에만 해당한다)의 죄

나. 「형법」 제2편제28장 유기와 학대의 죄 중 제271조(유기)제1항, 제272조(영아유기), 제273조(학대)제1항, 제274조(아동혹사) 및 제275조(유기등 치사상)(상해에 이르게 한 때에만 해당한다)의 죄

다. 「형법」 제2편제29장 체포와 감금의 죄 중 제276조(체포, 감금)제1항, 제277조(중체포, 중감금)제1항, 제278조(특수체포, 특수감금), 제280조(미수범) 및 제281조(체포·감금등의 치사상)(상해에 이르게 한 때에만 해당한다)의 죄

라. 「형법」 제2편제30장 협박의 죄 중 제283조(협박)제1항, 제284조(특수협박) 및 제286조(미수범)의 죄

마. 「형법」 제2편제31장 약취, 유인 및 인신매매의 죄 중 제287조(미성년자 약취, 유인), 제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등), 제289조(인신매매) 및 제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)의 죄

바. 「형법」 제2편제32장 강간과 추행의 죄 중 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행), 제299조(준강간, 준강제추행), 제300조(미수범), 제301조(강간등 상해·치상), 제301조의2(강간등 살인·치사), 제302조(미성년자등에대한 간음), 제303조(업무상위력 등에 의한 간음) 및 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄

사. 「형법」 제2편제33장 명예에 관한 죄 중 제307조(명예훼손), 제309조(출판물등에 의한 명예훼손) 및 제311조(모욕)의 죄

아. 「형법」 제2편제36장 주거침입의 죄 중 제321조(주거·신체 수색)의 죄

자. 「형법」 제2편제37장 권리행사를 방해하는 죄 중 제324조(강요) 및 제324조의5(미수범)(제324조의 죄에만 해당한다)의 죄

차. 「형법」 제2편제39장 사기와 공갈의 죄 중 제350조(공갈), 제350조의2(특수공갈) 및 제352조(미수범)(제350조, 제350조의2의 죄에만 해당한다)의 죄

카. 「형법」 제2편제42장 손괴의 죄 중 제366조(재물손괴등)의 죄

타. 「아동복지법」 제71조제1항 각 호의 죄(제3호의 죄는 제외한다)

파. 가목부터 타목까지의 죄로서 다른 법률에 따라 가중처벌되는 죄

하. 제4조(아동학대치사), 제5조(아동학대중상해) 및 제6조(상습범)의 죄

「형법」 제2편 제24장 "살인의 죄" 제 250조-제255조

제250조(살인, 존속살해)
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)
직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)
① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)
전4조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

【별표29】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 '효능•효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '표적항암제' 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문•영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 Aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염(미분화) Alectinib Hydrochloride Micronized	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 Afatinib Dimaleate	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 Axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉일수화물 Bortezomib Monohydrate	화이자보르테조밉주3.5밀리그램(보르테조밉일수화물)
6	보르테조밉삼합체 Bortezomib Trimer	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
7	카보잔티닙(S)-말산염 Cabozantinib (S)-malate	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)

8	카르필조밉 Carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
9	세리티닙 Ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
10	크리조티닙 Crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염(미분화) Dabrafenib Mesylate Micronized	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 Dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 Erlotinib Hydrochloride	엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 Everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
		에리니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정10밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정2.5밀리그램(에베로리무스)
		에베로즈정5밀리그램(에베로리무스)

15	게피티니브 Gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정250밀리그램(게피티니브)
16	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5밀리그램(겜투주맙오조가마이신)
17	길테리티닙푸마르산염 Gilteritinib fumarate	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
18	글로피타맙 Glofitamab	컬럼비주(글로피타맙)
19	이브루티닙 Ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
20	이매티닙메실산염 Imatinib Mesylate	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이마벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이마벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
21	익사조밉시트레이트 Ixazomib Citrate	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)

		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
22	라파티닙 디토실레이트 Lapatinib Ditosylate Monohydrate	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
23	렌바티닙메실산염 Lenvatinib Mesylate	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
24	렌바티닙메실산염디메틸설폭시드 Lenvatinib Mesylate Dimethylsulfoxide	렌바티닙캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염디메틸설폭시드)
		렌바티닙캡슐12밀리그램(렌바티닙메실산염디메틸설폭시드)
		렌바티닙캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염디메틸설폭시드)
25	닐로티닙염산염일수화물 Nilotinib Hydrochrloride Monohydrate	타시그나캡슐50밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
26	올라파립 Olaparib	린파자정100밀리그램(올라파립)
		린파자정150밀리그램(올라파립)
27	오시머티닙메실산염 Osimertinib Mesylate	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
28	팔보시클립 Palbociclib	랜클립정100밀리그램(팔보시클립)
		랜클립정125밀리그램(팔보시클립)
		랜클립정75밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐100밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐125밀리그램(팔보시클립)
		알렌시캡슐75밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정100밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정125밀리그램(팔보시클립)
		입랜스정75밀리그램(팔보시클립)
		입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
29	파조파닙염산염 Pazopanib Hydrochloride	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
30	포나티닙염산염 Ponatinib Hydrochloride	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
31	라도티닙염산염 Radotinib Hydrochloride	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)

32	레고라페닙 regorafenib	레고라닙정40밀리그램(레고라페닙)
33	레고라페닙일수화물 Regorafenib Monohydrate	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
34	룩소리티닙인산염 Ruxolitinib Phosphate	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
35	소라페닙토실레이트(미분화) Sorafenib Tosylate Micronized	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
		소라닙정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
36	수니티닙말산염 Sunitinib Malate	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
37	템시롤리무스 Temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
38	트라메티닙디메틸설폭시드(미분화) Trametinib Dimethyl Sulfoxide Micronized	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
39	반데타닙 Vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
40	베무라페닙고체분산체 Vemurafenib Solid Dispersions	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
41	레날리도마이드 Lenalidomide	레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리킨캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
42	레날리도마이드무수물 Anhydrous Lenalidomide	레날리드정(레날리도마이드)
43	레날리도마이드반수화물 Lenalidomide Hemihydrate	레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)

		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
44	레날리도마이드수화물 Lenalidomide Hydrate	레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
45	브리가티닙 Brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
46	미도스타우린 Midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
47	모가물리주맙 Mogamulizumab	포텔리지오주20밀리그램(모가물리주맙)
48	모수네투주맙 Mosunetuzumab	룬수미오주(모수네투주맙)
49	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
50	니라파립토실산염일수화물 Niraparib Tosylate Monohydrate	제줄라정100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
		제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
51	퍼투주맙 Pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
52	퍼투주맙/트라스투주맙 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주맙/트라스투주맙)
53	트라스투주맙엠탄신 Trastuzumab Emtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
54	트라스투주맙 Trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		삼페넷주440밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주150밀리그램(트라스투주맙)
		투젭타주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그램(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
55	트라스투주맙데룩스테칸 Trastuzumab deruxtecan	엔허투주100mg(트라스투주맙데룩스테칸)
56	오비누투주맙 Obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
57	실툭시맙 (단클론항체, 유전자재조합) Siltuximab (Monoclonal Antibody, rDNA)	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)

		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
58	세툭시맙 Cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
59	블리나투모맙 Blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맙,유전자재조합)
60	브렌툭시맙베도틴 Brentuximab Vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
61	베바시주맙 Bevacizumab	아림시스주(베바시주맙)
		아바스틴주(베바시주맙)
		온베브지주(베바시주맙)
		베그젤마주(베바시주맙)(단클론항체,유전자재조합)
62	리툭시맙 Rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		싸이시맙주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
63	라무시루맙 Ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
64	다라투무맙 Daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
		다잘렉스피하주사(다라투무맙)
65	아테졸리주맙 Atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
66	니볼루맙(유전자재조합) Nivolumab(rDNA)	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주120mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
67	펨브롤리주맙 Pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
68	탈리도마이드 Thalidomide	비엠에스탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
69	포말리도마이드 Pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
		포말리킨캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리킨캡슐2밀리그램(포말리도마이드)

		포말리킨캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리킨캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
70	이필리무맙 Ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
71	더발루맙 Durvalumab	임핀지주(더발루맙)
72	이노투주맙오조가마이신 Inotuzumab Ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
73	아벨루맙 Avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
74	아베마시클립 Abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
75	베네토클락스 Venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
76	알펠리십 Alpelisib	피크레이정50밀리그램(알펠리십)
		피크레이정150밀리그램(알펠리십)
		피크레이정200밀리그램(알펠리십)
77	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
78	벨주티판 Belzutifan	웰리렉정(벨주티판)
79	보수티닙일수화물 Bosutinib Monohydrate	보술리프정100밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정400밀리그램(보수티닙일수화물)
		보술리프정500밀리그램(보수티닙일수화물)
80	카피바설팁 Capivasertib	티루캡정160밀리그램(카피바설팁)
		티루캡정200밀리그램(카피바설팁)
81	카프마티닙염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Hydrate	카프마티닙염산염일수화물
		Capmatinib Hydrochloride Hydrate
82	세미플리맙 Cemiplimab	리브타요주(세미플리맙)
83	다코미티닙수화물 Dacomitinib Hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
		비짐프로정45밀리그램(다코미티닙수화물)
84	디누툭시맙베타 Dinutuximab Beta	과지바주4.5mg/mL(디누툭시맙베타)
85	도스탈리맙 Dostarlimab	젬퍼리주(도스탈리맙)

86	페드라티닙염산염수화물(미분화) Fedratinib dihydrochloride monohydrate	인레빅캡슐(페드라티닙염산염수화물)
87	라로트렉티닙황산염 Larotrectinib sulfate	비트락비액(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
88	레이저티닙메실산염일수화물 Lazertinib Mesylate Monohydrate	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
89	롤라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25밀리그램(롤라티닙)
		로비큐아정100밀리그램(롤라티닙)
90	리보시클립숙신산염 Ribociclib succinate	키스칼리정200밀리그램(리보시클립숙신산염)
91	사시투주맙고비테칸 Sacituzumab Govitecan	트로델비주(사시투주맙고비테칸)
92	셀리넥서 Selinexor	엑스포비오정20밀리그램(셀리넥서)
93	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)
		레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
94	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120밀리그램(소토라십)
95	타파시타맙 Tafasitamab	민쥬비주(타파시타맙)
96	탈라조파립토실산염 Talazoparib Tosylate	탈제나캡슐0.1밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐0.25밀리그램(탈라조파립토실산염)
		탈제나캡슐1밀리그램(탈라조파립토실산염)
97	탈쿠에타맙 Talquetamab	탈베이주2mg/mL(탈쿠에타맙)
		탈베이주40mg/mL(탈쿠에타맙)
98	테클리스타맙 Teclistamab	텍베일리주153mg(테클리스타맙)
		텍베일리주30mg(테클리스타맙)
99	테포티닙염산염수화물 Tepotinib hydrochloride hydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
100	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염)
		셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
101	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
102	트레멜리무맙 Tremelimumab	이뮤도주(트레멜리무맙)
103	투카티닙헤미에탄올레이트 Tucatinib hemiethanolate	투키사정50밀리그램(투카티닙헤미에탄올레이트)
		투키사정150밀리그램(투카티닙헤미에탄올레이트)
104	실타캅타젠오토류셀 Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
105	페미가티닙 Pemigatinib	페마자이레정13.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정4.5밀리그램(페미가티닙)
		페마자이레정9밀리그램(페미가티닙)

106	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)
107	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
108	티슬렐리주맙 Tislelizumab	테빔브라주100밀리그램(티슬렐리주맙)
109	이사툭시맙 Isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
110	이보시데닙 Ivosidenib	팁소보정(이보시데닙)
111	엘라나타맙 Elranatamab	엘렉스피오주(엘라나타맙)
112	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
113	엔포투맙베도틴 Enfortumab Vedotin	파드셉주20밀리그램(엔포투맙베도틴)
		파드셉주30밀리그램(엔포투맙베도틴)
114	엔트렉티닙 Entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
115	엡코리타맙 Epcoritamab	엡킨리주48mg/0.8mL(엡코리타맙,유전자재조합)
		엡킨리주4mg/0.8mL(엡코리타맙,유전자재조합)
116	얼다피티닙 Erdafitinib	발베사정3밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정4밀리그램(얼다피티닙)
		발베사정5밀리그램(얼다피티닙)
117	아칼라브루티닙 Acalabrutinib	칼퀀스캡슐100밀리그램(아칼라브루티닙)
118	아칼라브루티닙말레산염수화물 Acalabrutinib Maleate Monohydrate	칼퀀스정100밀리그램(아칼라브루티닙말레산염수화물)
119	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
120	이나볼리십 Inavolisib	이토베비정3밀리그램(이나볼리십)
		이토베비정9밀리그램(이나볼리십)
121	레포트렉티닙(미분화) Repotrectinib	옥타이로캡슐40밀리그램(레포트렉티닙)
		옥타이로캡슐160밀리그램(레포트렉티닙)
122	탈라타맙 Tarlatamab	임델트라주1mg(탈라타맙)
		임델트라주10mg(탈라타맙)
123	프루퀸티닙 Fruquintinib	프루자클라캡슐1밀리그램(프루퀸티닙)
		프루자클라캡슐5밀리그램(프루퀸티닙)

1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표30】 건선 분류표

약관에 규정하는 건선으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 건선 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
건선	L40

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 건선 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표31】 급여 특정 광선치료 대상 수가코드

약관에 규정하는 급여 광선치료로 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

대 상 치 료		수가코드
레이저 광선치료	피부레이저광선치료	N0131~N0134
적자외선 치료	피부과적자외선치료	MM331~MM334

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 . 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한'급여 광선치료'에 준하여 '피부레이저광선치료 수가코드' 및 '피부과적자외선치료'를 결정합니다.

【별표32】 식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 식중독 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 식중독 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표33】 환경성질환 분류표

약관에 규정하는 환경성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 환경성질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
아토피	아토피성 피부염	L20
알레르기성 비염	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
천식	천식 천식 지속상태	J45 J46
급성 기관지염	급성 기관지염 급성 세기관지염	J20 J21
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18
외부요인에 인한 폐질환	탄광부 진폐증 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증 실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증 기타 무기물 먼지에 의한 진폐증 상세불명의 진폐증 결핵과 연관된 진폐증 특정 유기물 먼지에 의한 기도질환 유기물 먼지에 의한 과민성 폐렴 화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기 병태 고체 및 액체에 의한 폐렴 기타 외부요인에 의한 호흡기 병태	J60 J61 J62 J63 J64 J65 J66 J67 J68 J69 J70
중금속에 의한 질환	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태 정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타물질의 소견 금속의 독성효과	N14 R78 T56

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 환경성질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '환경성질환' 중 일부는 아래와 같이 동시진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

환경성질환 대상코드		동시 진단 가능코드	
대 상 질 병	분류번호	대 상 질 병	분류번호
달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴	B25.0+
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2+
		수두폐렴	B01.2+
기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐독소포자충증	B58.3+

【별표34】 VDT증후군 분류표

약관에 규정하는 VDT증후군으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 VDT증후군 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 근육장애	M60 ~ M63
2. 윤활막 및 힘줄 장애	M65 ~ M68
3. 결합조직의 기타 전신 침범	M35
4. 기타 연조직 장애	M70 ~ M79
5. 기타 관절연골 장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통, 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일신경병증	G56

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 VDT증후군 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표35】 희귀난치성질환 분류표

약관에 규정하는 희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 희귀난치성질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
결핵	A15-A19
중추 신경계통의 비정형 바이러스감염	A81
사람면역결핍바이러스병	B20-B24
거대세포바이러스병	B25
크립토콕쿠스증	B45
뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
포도당 6 인산탈수소효소(G9PD)결핍증에 의한 빈혈	D55.0
해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독 증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨증	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성(적모구감소증)	D60
기타 무형성 빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레프란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
정성적 혈소판결손	D69.1
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0

대 상 질 병	분류번호
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향족아미노산대사장애	E70
측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젖당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타 장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸 대사장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근육위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
기면병 및 허탈발작	G47.4
멜커슨 증후군	G51.2
복합부위통증 증후군 2형	G90.6
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성 장애	G71

대 상 질 병	분류번호
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐쇄성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
심내막탄력섬유증	I42.4
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐쇄성 혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
원발성 담도간경변증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
보통천포창	L10.0
낙엽천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
절단성 관절염(L40.5+)	M07.1
건선 척추염(L40.5+)	M07.2
기타 건선관절병증(L40.5+)	M07.3
연소성 류마티스관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성 다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁 증후군[다까야수]	M31.4

대 상 질 병	분류번호
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신성 홍반루프스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조 증후군[쉐그렌]	M35.0
기타 중복 증후군	M35.1
베체트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직척추염	M45
진행성 골화근염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
통증신경디스트로피	M89.0
복합부위 통증 증후군 1형	G90.5
기타 및상세불명 유형의 복합부위통증증후군	G90.7
재발성 다발연골염	M94.1
만성 콩팥병	N18
신장성 요붕증	N25.1
신생아의 호흡 곤란	P22

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 희귀난치성질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '희귀난치성질환' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있습니다.

환경성질환 대상코드		동시 진단 가능코드	
대 상 질 병	분류번호	대 상 질 병	분류번호
뼈 및 관절의 결핵	A18.0+	결핵 관절염	M01.1*
		척추의 결핵	M49.0*
		뼈의 결핵	M90.0*
비뇨생식계통의 결핵	A18.0+	결핵성 방광염	N33.0*
		자궁경부의 결핵감염	N74.0*
		여성 결핵성 골반염증질환	N74.1*
장,복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3+	결핵성 복막염	K67.3*
		장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0*
류마티스 폐질환	M05.1+	류마티스 폐질환	J99.0*

【별표36】 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 독감(인플루엔자) 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 독감(인플루엔자) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표37】 4대질병 분류표

약관에 규정하는 4대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 4대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 담석증	K80
2. 사타구니 탈장	K40
3. 편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
4. 만성 부비동염	J32

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 4대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표38】 치핵 분류표

약관에 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치핵 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
치핵	치핵 및 항문주위정맥혈전증 포함 –치질 제외 –출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 치핵 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표39】 다발성15대질병 분류표

약관에 규정하는 다발성15대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 다발성15대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분		대 상 질 병	분류번호
소화기계통의 양성신생물		기타 및 부위불명 소화기계통의 양성신생물	D13
중이 · 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물		중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
골 및 관절연골의 양성신생물		골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성신생물		중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
유방의 양성종양		유방의 양성 신생물	D24
생식기양성종양	여성 생식기의 양성종양	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성 신생물 난소의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
	남성 생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성 신생물	D29
비뇨기관의 양성신생물		비뇨기관의 양성신생물	D30
수막의 양성신생물		수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 양성신생물		뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성신생물		갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
백 내 장		노년 백내장 기타 백내장 수정체의 기타장애	H25 H26 H27
하지의 정맥류		하지의 정맥류	I83
충수의 질환		충수의 질환	K35~K38
관절염		감염성 관절병증 (결핵관절염 제외) 염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외) - 류마티스 폐질환(M05.1+) 관절증 기타 관절 장애	M00~M03 (M01.1* 제외) M05~M14 (M14.2* 제외) J99.0* M15~M19 M20~M25
생식기질환		남성생식기의 질환 (남성불임 제외) - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*) 여성골반내 기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.15+) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.16+) 제외) 여성생식기관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N40~N45, N47~N51 A59.08+ B26.0+ N70~N77 (N74.0* 제외) (N74.1* 제외) N80 ~ N95

구 분	대 상 질 병	분류번호
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 다발성15대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표40】 충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
충수의 질환	K35~K38

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표41】 시청각질환 분류표

약관에 규정하는 시청각질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 시청각질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 눈꺼풀, 눈물계통 및 안와의 장애	H00 ~ H06
2. 결막의 장애	H10 ~ H13
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15 ~ H22
4. 수정체의 장애	H25 ~ H28
5. 맥락막 및 망막의 장애	H30 ~ H36
6. 녹내장	H40 ~ H42
7. 유리체 및 안구의 장애	H43 ~ H45
8. 시신경 및 시각경로의 장애	H46 ~ H48
9. 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49 ~ H52
10. 시각 장애 및 실명	H53 ~ H54
11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 ~ H59
12. 외이의 질환	H60 ~ H62
13. 중이 및 유돌의 질환	H65 ~ H75
14. 내이의 질환	H80 ~ H83
15. 귀의 기타 장애	H90 ~ H95

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 시청각질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표42】 호흡기관련질병 분류표

약관에 규정하는 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 호흡기관련질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴	J12 ~ J18
8. 재향군인병	A48.1
9. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 호흡기관련질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '호흡기관련질병' 중 일부는 아래와 같이 동시진단될 수 있으며, 동시진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

환경성질환 대상코드		동시 진단 가능코드	
대 상 질 병	분류번호	대 상 질 병	분류번호
달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴	B25.0+
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2+
		수두폐렴	B01.2+
기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐독소포자충증	B58.3+

【별표43】 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), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 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
	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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 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 수술(3차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절절제 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
	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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	316. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	317. 주요 치루 수술	G291	1
	318. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장 질루 수술	G311	1
	321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	330. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술	G531	1
	332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	430. 기타 슬관절 수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	433. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	434. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	437. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	499. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신장 및 신우 수술	516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관 수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	522. 경피적 방광 수술	L052	2
	523. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	525. 주요 요도 수술	L071	1
	526. 요도경하 요도 수술	L072	1
	527. 기타 요도 수술	L073	1
	528. 복잡 요실금 수술	L074	1
	529. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	532. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	533. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	534. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요 전립선 적출술	M021	4
	551. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡 음경 수술	M041	1
	554. 단순 음경 수술	M042	1
	555. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	556. 포경 수술	M050	1
요도 수술	557. 주요 요도 수술	M061	1
	558. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡 음낭 수술	M071	1
	560. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	562. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	563. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	565. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	566. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술(악성종양의 경우)	570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술(악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술(악성종양 제외)	580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	587. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	625. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	627. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타 손상의 수술	X060	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
중증 화상(피부 이식 동반)	629. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술 항목에서 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」

수술 시술 코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
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

수술 시술 코드	수술 및 시술명
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 〈 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
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

수술 시술 코드	수술 및 시술명
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

예시

거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표44】 수혈의료행위 분류표

약관에 규정하는 수혈로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-27호, 2019.2.15.)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

수가코드	수혈 보장 코드명	
X1001 X1002	전혈 320ml 전혈 400ml	전혈
X2011 X2012 X2021 X2022 X2031 X2032 X2131 X2132 X2041 X2042 X2051 X2052 X2061 X2062 X2141 X2142 X2071 X2072 X2081 X2082 X2091 X2092 X2101 X2102 X2111 X2112 X2121 X2122	신선액상혈장, 전혈 320ml 기준 신선액상혈장, 전혈 400ml 기준 농축적혈구, 전혈 320ml 기준 농축적혈구, 전혈 400ml 기준 세척적혈구, 전혈 320ml 기준 세척적혈구, 전혈 400ml 기준 동결해동적혈구, 전혈 320ml 기준 동결해동적혈구, 전혈 400ml 기준 신선동결혈장, 전혈 320ml 기준 신선동결혈장, 전혈 400ml 기준 동결혈장, 전혈 320ml 기준 동결혈장, 전혈 400ml 기준 동결침전제제, 전혈 320ml 기준 동결침전제제, 전혈 400ml 기준 동결침전물제거혈장, 전혈 320ml 기준 동결침전물제거혈장, 전혈 400ml 기준 혈소판풍부혈장, 전혈 320ml 기준 혈소판풍부혈장, 전혈 400ml 기준 농축혈소판, 전혈 320ml 기준 농축혈소판, 전혈 400ml 기준 백혈구제거적혈구, 전혈 320ml 기준 백혈구제거적혈구, 전혈 400ml 기준 농축백혈구, 전혈 320ml 기준 농축백혈구, 전혈 400ml 기준 백혈구여과제거적혈구, 전혈 320ml 기준 백혈구여과제거적혈구, 전혈 400ml 기준 백혈구여과제거혈소판, 전혈 320ml 기준 백혈구여과제거혈소판, 전혈 400ml 기준	혈액성분제제 중 분획제제에 의한 것
X2515 X2501 X2502 X2504 X2516 X2511 X2512 X2513 X2514	성분채집 적혈구(190ml) 성분채집 혈소판(250ml) 성분채집 백혈구(250ml) 성분채집 혈장(500ml) 세척혈소판(250ml) 백혈구여과제거 성분채집 혈소판(250ml) 복합성분채집 적혈구(190ml) 복합성분채집 혈소판(250ml) 복합성분채집 혈장(300ml)	혈액성분제제 중 혈액성분채집술에 의한 것 [성분채혈]

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표45】 마취의료행위 분류표

약관에 규정하는 마취로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2019-27호, 2019.2.15.)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

수가코드	마취 보장 코드명	
L0101	정맥마취, 전신마취	
L0102	정맥마취, 부위(국소)마취	
L0103	정맥마취, 감시하 전신마취	마취관리기본 [30분 기준]
L1211	마취, 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간 기준]
L1212	마취, 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	
L1213	마취, 척추마취	
L1214	마취, 경막외마취	
L1215	마취, 상박신경총마취	
L1216	마취, 척추경막외마취	

보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46】 전신마취 의료행위 분류표

약관에 규정하는 전신마취치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간 기준]	L1211
	마취 유지	L1221
	마취 유지(상급종합병원)	L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간 기준]	L1212
	마취 유지	L1222
	마취 유지(상급종합병원)	L1232

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표47】 다발성소아암 분류표

약관에 규정하는 다발성소아암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 다발성소아암 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 수막의 악성신생물	C70
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
4. 호지킨림프종	C81
5. 소포성 림프종	C82
6. 비소포성 림프종	C83
7. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
8. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
9. T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
10. 림프성 백혈병	C91
11. 골수성 백혈병	C92
12. 단핵구성 백혈병	C93
13. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
14. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
16. 만성 골수증식질환	D47.1
17. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 다발성소아암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표48】 소아백혈병 분류표

약관에 규정하는 소아백혈병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 소아백혈병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 림프성 백혈병	C91
2. 골수성 백혈병	C92
3. 단핵구성 백혈병	C93
4. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
5. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
6. 만성 골수증식질환	D47.1
7. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 소아백혈병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표49】 인슐린의존당뇨병 분류표

약관에 규정하는 인슐린의존 당뇨병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 인슐린의존 당뇨병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병		분류번호
1형 당뇨병		E10
기타 당뇨병성 합병증[주)]	1. 당뇨병성 단일신경병증 2. 당뇨병성 다발신경병증 3. 당뇨병성 백내장 4. 당뇨병성 망막병증 5. 당뇨병에서의 사구체장애	G59.0 G63.2 H28.0 H36.0 N08.3

주) 기타 당뇨병성 합병증의 경우, 상기 질병이 1형 당뇨병(E10)을 동반하는 합병증인 경우에 한하여 '인슐린의존 당뇨병'으로 분류합니다.

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 인슐린의존 당뇨병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표50】 특정부위 분류표

구분	특 정 부 위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)

구분	특정부위
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【별표51】 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종 2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C83.3 C91.0

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T)보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.

2. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 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.

3. 이 특별약관 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 '안전성과 유효성 인정범위'가 변경되는 경우, 변경된 '안전성과 유효성 인정 범위'에 따라 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"을 변경하여 적용합니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병•사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병•사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "카티(CAR-T) 보장 대상이 되는 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.

【별표52】 카티(CAR-T)치료제 해당 의약품명 및 성분명

아래 “카티(CAR-T)치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "카티(CAR-T)치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 ‘효능•효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘카티(CAR-T)치료제’ 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
2	실타캅타젠오토류셀 Ciltacabtagene Autoleucel	카빅티주(실타캅타젠오토류셀)
3	악시캅타젠실로류셀 Axicabtagene Ciloleucel	예스카타주(악시캅타젠실로류셀)

【별표53】 로봇암수술 분류표

약관에 규정하는 로봇암수술은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
로봇 보조 수술	QZ966

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54】 특정 심장판막질환 및 비허혈성 심장질환 분류표

약관에 규정하는 특정심장판막질환및비허혈성심근병증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정심장판막질환및비허혈성심근병증 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
류마티스성 대동맥판협착	I06.0
폐쇄부전이 있는 류마티스성 대동맥협착	I06.2
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정심장판막질환및비허혈성심근병증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표55】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지 급 이 자
보통약관 및 특별약관 보장 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 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.

【별표56】 자녀10대질병 분류표

약관에 규정하는 자녀10대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 자녀10대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
장 감염	콜레라 장티푸스 및 파라티푸스 기타 살모넬라 감염 시겔라증 기타 세균성 장 감염 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독 아메바증 기타 원충성 장 질환 바이러스성 및 기타 명시된 장감염 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A00 A01 A02 A03 A04 A05 A06 A07 A08 A09
결핵 및 결핵의 후유증	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵 신경계통의 결핵 기타 기관의 결핵 좁쌀 결핵 결핵의 후유증	A15 A16 A17 A18 A19 B90
수막염	바이러스 수막염 달리 분류되지 않은 세균성 수막염 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	A87 G00 G01 G02 G03
간질	뇌전증 뇌전증 지속 상태	G40 G41
중이염	비화농성 중이염 화농성 및 상세불명의 중이염 달리 분류된 질환에서의 중이염	H65 H66 H67
급성 상기도염 및 급성 하기도염	급성 비인두염[감기] 급성 부비동염 급성 인두염 급성 편도염 급성 후두염 및 기관염 급성 폐쇄성 후두염[크룹] 및 후두개염 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염 급성 기관지염 급성 세기관지염 상세불명의 급성 하기도 감염	J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J20 J21 J22
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18
천식	천식 천식 지속 상태	J45 J46
위, 십이지장 궤양 및 염증	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양 위공장궤양 위염 및 십이지장염	K25 K26 K27 K28 K29
탈장 및 장폐색	사타구니탈장 대퇴탈장 배꼽탈장	K40 K41 K42

구분	대상이 되는 질병	분류번호
	복부탈장 횡격막탈장 기타 복부탈장 상세불명의 복부탈장 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄	K43 K44 K45 K46 K56

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 자녀10대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '호흡기관련질병' 중 일부는 아래와 같이 동시진단될 수 있으며, 동시진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

자녀10대질병 대상코드		동시 진단 가능 코드	
대 상 질 병	분류번호	대 상 질 병	분류번호
골 및 관절의 결핵	A18.0+	결핵 관절염 척추의 결핵 뼈의 결핵	M01.1* M49.0* M90.0*
비뇨생식계통의 결핵	A18.1+	결핵성 방광염 자궁경부의 결핵감염 여성 결핵성 골반염증질환	N33.0* N74.0* N74.1*
장,복막 및 장간막 림프절의 결핵	A18.3+	결핵성 복막염 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K67.3* k93.0*
달리 분류된 바이러스질 에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴 폐렴이 합병된 홍역 수두폐렴	B25.0+ B05.2+ B01.2+
기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐톡소포자충증	B58.3+

【별표57】 탈장 분류표

약관에 규정하는 탈장으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 탈장 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 사타구니탈장	K40
2. 대퇴탈장	K41
3. 배꼽탈장	K42
4. 복벽탈장	K43
5. 기타 복부탈장	K45
6. 상세불명의 복부탈장	K46

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 탈장 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표58】 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명

아래 “항암호르몬약물허가치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "항암호르몬약물허가치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은‘효능.효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘항암호르몬약물치료제’해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론아세테이트(미분화) Abiraterone Acetate Micronized	아비론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아비라테론아세테이트(미분화)/프레드니솔론 Abiraterone Acetate Micronized /Prednisolone	아비테론듀오정500/2.5밀리그램(아비라테론,프레드니솔론)
3	아나스트로졸 Anastrozole	아나스토정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스트로졸)
		에이덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
4	비칼루타미드 Bicalutamide	비카루드정(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타미드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
5	비칼루타미드(미분화) Bicalutamide micronized	피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
6	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
7	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
8	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
		엑스탄디정40밀리그램(엔잘루타마이드)
		엑스탄디정80밀리그램(엔잘루타마이드)
		아나미드연질캡슐40밀리그램(엔잘루타미드)
9	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
10	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
		풀베트주(풀베스트란트)
		엘브라칸주(풀베스트란트)
11	고세렐린아세트산염 Goserelin Acetate	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
12	레트로졸 Letrozole	레나라정(레트로졸)
		레트로보정2.5밀리그램(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		페마라정(레트로졸)
		페트라정(레트로졸)
13	류프로렐린아세트산염 Leuprorelin Acetate	로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프원주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
14	타목시펜시트르산염 Tamoxifen Citrate	광동타목시펜정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	트립토렐린아세트산염 Triptorelin Acetate	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(트립토렐린아세트산염)
16	메게스트롤아세테이트 Megestrol Acetate	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
17	트립토렐린파모산염 Triptorelin Pamoate	디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
18	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
19	시프로테론아세테이트 Cyproterone Acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
20	메드록시프로게스테론아세테이트 Medroxyprogesterone Acetate	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
21	에스트라머스틴인산나트륨수화물 Estramustine Sodium Phosphate Hydrate	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)

【별표59】 갑상선암 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래「갑상선암 호르몬치료제」해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 약제의「갑상선암 호르몬치료제」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. '갑상선암 호르몬치료제' 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신나트륨수화물 Levothyroxine Sodium	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)
		씬지록신정112마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정137마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
2	리오티로닌나트륨 Liothyronine Sodium	테트로닌정5㎍(리오티로닌나트륨)

【별표60】 척추측만증 분류표

약관에 규정하는 척추측만증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 척추측만증 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
척추측만증	M41

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 척추측만증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표61】 어린이다발성손상입원 분류표

약관에 규정하는 어린이다발성손상으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 어린이다발성손상 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류코드
머리의 표재성 손상	S00
머리의 열린상처	S01
두개골 및 안면골의 골절	S02
눈 및 안와의 손상	S05
두개내손상	S06
고막의 외상성 파열	S09.2
요추 및 골반의 골절	S32
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
어깨 및 위팔의 열린상처	S41
어깨 및 위팔의 골절	S42
견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
아래팔의 표재성 손상	S50
아래팔의 열린상처	S51
아래팔의 골절	S52
팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56
손목 및 손의 표재성 손상	S60
손목 및 손의 열린상처	S61
손목 및 손부위의 골절	S62
손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S66
엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
대퇴골의 골절	S72
고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
아래다리의 표재성 손상	S80
아래다리의 열린상처	S81
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
발목 및 발의 표재성 손상	S90
발목 및 발의 열린상처	S91
발목을 제외한 발의 골절	S92
발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상	T00.0
팔의 여러 부위를 침범한 표재성 손상	T00.2
다리의 여러 부위를 침범한 표재성 손상	T00.3
다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 표재성 손상	T00.6
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상	T00.8
목과 함께 머리를 침범한 열린상처	T01.0
팔의 여러 부위를 침범한 열린상처	T01.2
다리의 여러 부위를 침범한 열린상처	T01.3
다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 열린상처	T01.6
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린상처	T01.8
목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1
한 쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.2
한 쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.3
양쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.4
양쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.5

다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.6
아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8
아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.1
팔의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.2
다리의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.3
다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.4
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
팔의 상세불명 부위의 표재성 손상	T11.0
팔의 상세불명 부위의 열린상처	T11.1
팔의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T11.2
팔의 상세불명 부위의 상세불명 근육 및 힘줄의 손상	T11.5
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
다리의 상세불명 부위의 표재성 손상	T13.0
다리의 상세불명 부위의 열린상처	T13.1
다리의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T13.2
다리의 상세불명 부위의 상세불명 근육 및 힘줄의 손상	T13.5
자연개구를 통해 들어간 이물의 영향	T15-T19
화상 및 부식	T20-T32 (T20.0, T20.1, T20.4, T20.5, T21.0, T21.1, T21.4, T21.5, T22.0, T22.1, T22.4, T22.5, T23.0, T23.1, T23.4, T23.5, T24.0, T24.1, T24.4, T24.5, T25.0, T25.1, T25.4, T25.5, T29.0, T29.1, T29.4, T29.5, T30.0, T30.1, T30.4, T30.5 제외)

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 어린이다발성손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표62】 어린이다발성손상수술 분류표

약관에 규정하는 어린이다발성손상으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 어린이다발성손상 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 상 병	분류코드
두개골 및 안면골의 골절 눈 및 안와의 손상 두개내손상 고막의 외상성 파열	S02 S05 S06 S09.2
요추 및 골반의 골절 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S32 S33
어깨 및 위팔의 골절 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S42 S43 S46
아래팔의 골절 팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S52 S53 S56
손목 및 손부위의 골절 손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S62 S63 S66
대퇴골의 골절 고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S72 S73 S76
발목을 포함한 아래다리의 골절 무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S82 S83 S86
발목을 제외한 발의 골절 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S92 S93 S96
목과 함께 머리를 침범한 골절 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절 한 쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절 한 쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절 양쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절 양쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 골절 아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 팔의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 다리의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 팔의 상세불명 부위의 골절 팔의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 팔의 상세불명 부위의 상세불명 근육 및 힘줄의 손상 다리의 상세불명 부위의 골절 다리의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장 다리의 상세불명 부위의 상세불명 근육 및 힘줄의 손상	T02.0 T02.1 T02.2 T02.3 T02.4 T02.5 T02.6 T02.7 T02.8 T03.1 T03.2 T03.3 T03.4 T03.8 T10 T11.2 T11.5 T12 T13.2 T13.5
자연개구를 통해 들어간 이물의 영향	T15-T19
화상 및 부식	T20-T32 (T20.0, T20.1, T20.4, T20.5, T21.0, T21.1, T21.4, T21.5, T22.0, T22.1, T22.4, T22.5, T23.0, T23.1, T23.4, T23.5, T24.0, T24.1, T24.4, T24.5, T25.0, T25.1, T25.4, T25.5, T29.0, T29.1, T29.4, T29.5,

	T30.0, T30.1, T30.4, T30.5 제외)

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 어린이다발성손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표63】 어린이·청소년생활질환 분류표

약관에 규정하는 어린이·청소년 생활질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 어린이·청소년 생활질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대 상 상 병	분류코드
장 감염 질환 (A00~A09)	콜레라	A00
	장티푸스 및 파라티푸스	A01
	기타 살모넬라감염	A02
	시겔라증	A03
	기타 세균성 장감염	A04
	달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
	아메바증	A06
	기타 원충성 장질환	A07
	바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
피부 및 점막병변이 특징인 바이러스감염 (B00~B09) (B01.2, B05.2 제외)	헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염	B00
	수두	B01
	(수두폐렴)	(B01.2 제외)
	대상포진	B02
	마마	B03
	엠폭스	B04
	홍역	B05
	(폐렴이 합병된 홍역)	(B05.2 제외)
	풍진	B06
	바이러스사마귀	B07
	달리 분류되지 않은 피부 및 점막병변이 특징인 기타 바이러스 감염	B08
	피부 및 점막병변이 특징인 상세불명의 바이러스 감염	B09
중추신경계통의 염증성 질환 (G00~G09)	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추 내 농양 및 육아종	G07
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축 (G10~G14)	헌팅톤병	G10
	유전성 운동실조	G11
	척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
	소아마비후증후군	G14
추체외로 및 운동장애 (G20~G26)	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	근긴장이상	G24
	기타 추체외로 및 운동 장애	G25
	달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동 장애	G26
중추신경계통의 탈수초질환 (G35~G37)	다발경화증	G35
	기타 급성 파종성 탈수초	G36
	중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37
간헐적 및 발작적 장애 (G40~G47)	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
	편두통	G43
	기타 두통증후군	G44
	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46
	수면장애	G47

연관성 질병	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
신경계통의 기타 장애 (G90~G99)	자율신경계통의 장애	G90
	수두증	G91
	독성뇌병증	G92
	뇌의 기타 장애	G93
	달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애	G94
	척수의 기타 질환	G95
	중추신경계통의 기타 장애	G96
	달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애	G97
	달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애	G98
	달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	G99
인플루엔자 및 폐렴 (J09~J18)	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
연관성 질병	수두폐렴	B01.2
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	거대세포바이러스폐렴	B25.0
	폐톡소포자충증	B58.3
주요 천식 (J45~J46)	천식	J45
	천식지속상태	J46
주요 위 및 십이지장궤양 (K25~K27)	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명의 부위의 소화성 궤양	K27
충수의 질환 (K35~K38)	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
탈장 (K40~K46)	사타구니탈장	K40
	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복벽탈장	K45
	상세불명의 복벽탈장	K46
사구체질환 (N00~N08)	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체장애	N08
신세뇨관-간질질환 (N10~N16)	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15

	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
요로결석증 (N20~N23)	신장 및 요관의 결석 하부요로의 결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 상세불명의 신장 급통증	N20 N21 N22 N23
신장 및 요관의 기타 장애 (N25~N29)	세뇨관기낭손상으로 인한 장애 상세불명의 신장위축 원인불명의 작은 신장 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N25 N26 N27 N28 N29
비뇨계통의 기타 질환 (N30~N39) (N33.0 제외)	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염 제외) 요도염 및 요도증후군 요도협착 요도의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 요도장애 비뇨계통의 기타 장애	N30 N31 N32 N33 (N33.0 제외) N34 N35 N36 N37 N39

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 어린이·청소년 생활질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표64】 어린이·청소년주요질환 분류표

약관에 규정하는 어린이·청소년 주요질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 어린이·청소년 주요질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대 상 상 병	분류코드
결핵 (A15-A19)	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 기관의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
연관성 질병	결핵관절염	M01.1
	척추의 결핵	M49.0
	뼈의 결핵	M90.0
	결핵성 방광염	N33.0
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	결핵성 복막염	K67.3
	장,복막 및 장간막림프절의 결핵성장애	K93.0
폐성 심장병 및 폐순환의 질환 (I26-I28)	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
기타형태의 심장병 (I30-I52)	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	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 심장판막 장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방 세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
연관성 질병	수막구균성 심장병	A39.5
	칸디다심내막염	B37.6
신부전 (N17-N19)	급성 신부전	N17
	만성 콩팥병	N18
	상세불명의 신부전	N19

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 어린이·청소년 주요질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표65】 모야모야병 분류표

약관에 규정하는 모야모야병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 모야모야병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
모야모야병	I67.5

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 모야모야병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표66】 수족구 분류표

약관에 규정하는 수족구로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 수족구 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염(수족구병)	B08.4

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 수족구 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표67】 기흉 분류표

약관에 규정하는 기흉으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 기흉 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
기흉	기흉 외상성 기흉	J93 S27.0

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 기흉 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표68】 수두 및 신생아수두 분류표

약관에 규정하는 수두 및 신생아수두로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 수두 및 신생아수두 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	대 상 질 병	분류번호
수두	수두	B01
신생아수두	기타 선천성 바이러스 질환	P35.8

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 수두 및 신생아수두 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표69】 특정정신장애 분류표

약관에 규정하는 특정정신장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정정신장애 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 우울에피소드	F32
2. 재발성 우울장애	F33
3. 공황장애[간헐 발작성 불안]	F41.0
4. 외상후스트레스장애	F43.1

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정정신장애 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표70】 학교폭력피해 보호조치 분류표

약관에 규정하는 '피해학생에 대한 보호조치'는 학교폭력예방 및 대책에 관한 법률 제16조(피해학생의 보호) 제1항에서 정한 조치 중 아래의 조치를 말합니다.

분 류 표
1. 학교내외 전문가에 의한 심리상담 및 조언 2. 치료 및 치료를 위한 요양

【별표71】 척추측만증 II 분류표

약관에 규정하는 척추측만증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 척추측만증 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 영아 특발성 척주측만증	M41.0
2. 연소성 특발성 척주측만증	M41.1
3. 기타 특발성 척주측만증	M41.2
4. 흉곽성 척주측만증	M41.3
5. 신경근육성 척주측만증	M41.4
6. 기타 이차성 척주측만증	M41.5
7. 기타 형태의 척주측만증	M41.8
8. 상세불명의 척주측만증	M41.9

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 척추측만증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표72】 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 갑상선암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

제 10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표73】 17대질병 분류표

약관에 규정하는 17대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 17대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
크로이츠펠트-야콥병	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
파킨슨병	파킨슨병 이차성 파킨슨병	G20 G21
다발경화증	다발경화증	G35
뇌전증	뇌전증 뇌전증지속상태	G40 G41
뇌성마비	뇌성마비	G80
기타 마비증후군	편마비 하반신마비 및 사지마비 기타 마비증후군	G81 G82 G83
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
수두증	수두증	G91
간질환	바이러스 간염 간의 질환 - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충 간염(K77.0*)	B15 ~ B19 K70 ~ K77 B25.1+ B58.1+
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병 - 수막구균성 심장병 등(I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*) - 칸디다심내막염(I39.8*)	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52 A39.5+ B37.6+
고혈압성질환	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 배경망막병증 및 망막혈관변화(고혈압성) 고혈압성 뇌병증	I10 I11 I12 I13 I15 H35.0 I67.4
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60 ~ I69
대동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
기타 동맥류 및 박리	기타 동맥류 및 박리	I72
만성 폐쇄성 폐질환	폐기종 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J43 J44
결절성 다발동맥염 및 관련 병태	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
신부전	신부전	N17 ~ N19

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 17대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표74】 14대질병Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 14대질병Ⅱ으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 14대질병Ⅱ 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
기관지확장증	기관지확장증	J47
기타 폐질환	하기도의 화농성 및 괴사성 병태 흉막의 기타 질환	J85 ~ J86 J90 ~ J94
뇌하수체질환	뇌하수체의 기능항진 뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
만성 하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염	J40 J41 J42
성인호흡곤란증후군	성인호흡곤란증후군	J80
외부요인에 의한 폐질환	외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
위공장궤양	위공장궤양	K28
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
중추 신경계통의 염증성질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염 - 수막구균수막염(G01*) 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염 - 아데노바이러스수막염(G02.0*) - 엔테로바이러스수막염(G02.0*) - 헤르페스바이러스수막염(G02.0*) - 수막염이 합병된 홍역(G02.0*) - 볼거리수막염(G02.0*) - 수두수막염(G02.0*) - 대상포진수막염(G02.0*) - 칸디다수막염(G02.1*) - 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*) 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 - 아데노바이러스뇌염(G05.1*) - 엔테로바이러스뇌염(G05.1*) - 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*) - 홍역에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*) - 볼거리에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*) - 수두후에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*) - 대상포진에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*) - 신경학적 합병증을 동반한 풍진에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*,G02.0*, G05.1*) - 리스테리아 수막염 및 수막뇌염(G01*, G05.0*) 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 - 아메바성 뇌농양(G07*) 두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G00 G01 A39.0+ G02 A87.1+ A87.0+ B00.3+ B05.1+ B26.1+ B01.0+ B02.1+ B37.5+ B38.4+ G03 G04 G05 A85.1+ A85.0+ B00.4+ B05.0+ B26.2+ B01.1+ B02.0+ B06.0+ A32.1+ G06 G07 A06.6+ G08 G09
천식	천식 천식지속상태	J45 J46
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가 기타 간질성 폐질환	J82 J84
패혈증	연쇄구균패혈증 기타 패혈증	A40 A41
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J12 J13

구 분	대 상 질 병	분류번호
	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(J17.1*)	B25.0+
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+
	- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2+
	- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
폐부종	폐부종	J81

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 14대질병Ⅱ 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표75】 26대질병 분류표

약관에 규정하는 26대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 26대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
결핵	결핵 - 결핵성복막염(A18.30+) - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*) - 결핵 관절염(A18.01+) - 척추의 결핵(A18.00+) - 뼈의 결핵(A18.02+) - 결핵성 방광염(A18.11+) - 자궁경부의 결핵감염(A18.15+) - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16+) 결핵의 후유증	A15 ~ A19 K67.3* K93.0* M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* B90
용혈-요독증후군	용혈-요독증후군	D59.3
비장의 질환	비장의 질환	D73
당뇨병	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조 관련 당뇨병 기타명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의 사구체장애 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0 G63.2 M14.2 N08.3 H28.0 H36.0
부갑상선질환	부갑상선기능저하증 부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21
특정 기타 내분비선의 장애	쿠싱증후군 부신생식기장애 고알도스테론증 부신의 기타 장애	E24 E25 E26 E27
다낭성 난소증후군	다낭성 난소증후군	E28.2
안면신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애	G50 G51
기타 뇌신경의 장애	기타 뇌신경의 장애	G52
동맥경화증	죽상경화증	I70
버거씨병	폐색혈전혈관염(버거병)	I73.1
동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증 동맥 및 세동맥의 기타 장애	I74 I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염] 궤양성 대장염 기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐쇄 장의 게실병	K55 K56 K57
장의 특정기타질환	장의 농양 장의 천공(비외상성) 장의 누공 장의 궤양	K63.0 K63.1 K63.2 K63.3
담석증	담석증	K80
담낭담도 질환	담낭염 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
급성 췌장염	급성 췌장염	K85

구 분	대 상 질 병	분류번호
췌장질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 - 거대세포바이러스췌장염(K87.1*) - 볼거리췌장염(K87.1*)	K86 K87 B25.2+ B26.3+
장흡수장애	장흡수장애	K90
척추변형	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증 척추골연골증 기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
척추병증	강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타 척추병증	M45 M46 M47 M48
사구체질환	급성 신염증후군 급속 진행성 신염증후군 재발성 및 지속성 혈뇨 만성 신염증후군 신증후군 상세불명의 신염증후군 명시된 형태학적 병변을동반한 고립된 단백뇨 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 달리 분류된 질환에서의사구체장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제외) - 사구체질환 동반(N08.5*)	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08 (N08.3제외) M32.13+
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염 만성 세뇨관-간질신장염 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염 폐색성 및 역류성 요로병증 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태 기타 신세뇨관-간질질환 달리 분류된 질환에서의신세뇨관-간질장애 - 세뇨관-간질신장병증 동반(N16.4*)	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16 M32.13+
신장 및 요관의 기타 장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애 상세불명의 신장위축 원인불명의 작은 신장 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N25 N26 N27 N28 N29

당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고 바랍니다.)

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 26대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표76】 40대질병 분류표

약관에 규정하는 40대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 40대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
골 및 관절연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성신생물	중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
유방의 양성종양	유방의 양성 신생물	D24
자궁의 양성신생물	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성 신생물	D25 D26
난소의 양성신생물	난소의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물 남성생식기관의 양성 신생물	D27 D28 D29
수막의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선질환	갑상선의 장애 - 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	E00 ~ E07 H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
단일신경병증	팔의 단일신경병증 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의단일신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제외)	G56 G57 G58 G59 (G59.0제외)
눈 및 눈 부속기관의 특정질환	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 - 홍채섬모체염(H22.0*) - 홍채염(H22.0*) - 전방포도막염(H22.0*) - 각막염(H19.1*) - 각막결막염(H19.1*) - 각막상피염(H19.1*) - 간질각막염(H19.1*) - 각막내피염(H19.1*) (아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*) 제외) (유행성 각막결막염(H19.2*) 제외) (조선소눈병(H19.2*) 제외) 맥락막 및 망막의 장애 (배경망막병증 및 망막혈관변화 중 고혈압성 망막병증 제외) (황반 및 후극부의 변성 제외) (당뇨병성 망막병증 제외) 시신경 및 시각경로의 장애	H15 ~ H22 B00.50+ B00.50+ B00.50+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ (B30.0+제외) (B30.0+제외) (B30.0+제외) H30 ~ H36 (H35.0 중 고혈압성 망막병증 제외) (H35.3제외) (H36.0제외) H46 ~ H48
백내장	노년 백내장 기타 백내장 수정체의 기타장애	H25 H26 H27
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42
유리체의 장애	유리체의 장애	H43

구 분	대 상 질 병	분류번호
안구의 장애	안구의 장애	H44
중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환 - 중이염이 합병된 홍역(H67.1*) - 홍역후 중이염(H67.1*)	H65 ~ H75 B05.3+ B05.3+
내이의 질환	귀경화증 전정기능의 장애 달리 분류된 질환에서의 현기증후군 내이의 질환	H80 H81 H82 H83
기타 정맥의 색전증 및 혈전증	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
하지의 정맥류	하지의 정맥류	I83
식도정맥류	식도정맥류 달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I85 I98.2 I98.3
특정 인플루엔자	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J09 J10 J11
기타 급성 하기도감염	기타 급성 하기도감염	J20 ~ J22
만성 부비동염	만성 부비동염	J32
식도질환	식도염 위-식도역류병 식도의 기타질환 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23
위,십이지장염	위염 및 십이지장염	K29
위 및 십이지장의 기타 질환	위 및 십이지장의 기타질환	K31
충수의 질환	충수의 질환	K35 ~ K38
사타구니 탈장	사타구니 탈장	K40
특정 부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장 횡격막탈장 기타 복벽탈장 상세불명의 복벽탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염 제외) - 기타 클라미디아질환(K67.0*)	K65 ~ K67 (K67.3제외) A74.8+
특정 소화계통의 기타 질환	소화계통의 기타 질환	K92
관절염	감염성 관절병증 (결핵관절염 제외) 염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외) - 류마티스 폐질환(M05.1+) 관절증 기타 관절 장애	M00 ~ M03 (M01.1* 제외) M05-M14 (M14.2* 제외) J99.0* M15 ~ M19 M20 ~ M25
결합조직의 기타 전신침범	결합조직의 기타 전신침범 달리 분류된 기타 질환에서의 각막염 및 각막결막염	M35 H19.3*
추간판장애(디스크질환)	경추간판장애 기타 추간판장애 - 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M51.1+)	M50 M51 G55.1*
근육장애	근염 근육의 석회화 및 골화 근육의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 근육장애	M60 M61 M62 M63
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
골수염	골수염	M86
비뇨계통의기타 질환	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N30 N31

구 분	대 상 질 병	분류번호
	방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방광장애 비뇨계통의 기타 장애 - 칸디다요도염(N37.0*) 달리 분류된 질환에서의 요도장애 (결핵성 방광염(A18.11+)제외) (스트레스요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	N32 N33 N37 B37.40+ N39 (N33.0제외) (N39.3제외) (N39.4제외)
유방의 장애	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 40대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표77】 38대질병 분류표

약관에 규정하는 38대질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 38대질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
대상포진	대상포진	B02
주침샘의 양성신생물	주침샘의 양성신생물	D11
소화기계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성신생물	D13
중이 · 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
눈 및 눈 부속기관의 기타질환	눈 및 부속기의 양성 신생물 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*) 유행성 각막결막염(H19.2*) 조선소눈병(H19.2*)	D31 B30.0+ B30.0+ B30.0+
수면무호흡	수면무호흡	G47.3
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
안와장애	안와장애	H05
결막장애	결막장애	H10 ~ H13
미만성 층판성 각막염	미만성 층판성 각막염	H59.8
외이의 질환 및 귀의 기타장애	외이의 질환 귀의 기타장애	H60 ~ H62 H90 ~ H95
정맥염 및 혈전정맥염	정맥염 및 혈전정맥염	I80
음낭정맥류	음낭 정맥류	I86.1
림프절염	비특이성 림프절염 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
급성상기도감염	급성상기도감염	J00 ~ J06
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염 만성비염, 비인두염 및 인두염 코 및 비동의 기타장애 코용종	J30 J31 J34 J33
편도 및 아데노이드의 만성 질환	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
인후부위의 특정질환	편도주위 농양 만성 후두염 및 후두기관염 달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질환 상기도의 기타 질환	J36 J37 J38 J39
침샘질환	침샘의 질환	K11
혀의 질환	혀의 질환	K14
기능성 소화불량	기능성 소화불량	K30
기타 괴사성 혈관병증	기타 괴사성 혈관병증	M31
전신홍반루푸스	전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	피부다발근염	M33
전신경화증	전신경화증	M34
달리 분류된 질환에서의 척추병증	달리 분류된 질환에서의 척추병증	M49
특정 기타등병증	달리 분류되지 않은 기타 등병증 등통증	M53 M54
윤활막 및 힘줄장애	윤활막염 및 힘줄윤활막염 윤활막 및 힘줄의 자연파열 윤활막 및 힘줄의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M65 M66 M67 M68
기타 연조직장애	기타 연조직장애	M70 ~ M79 (M74, M78제외)
뼈의 파젯병	뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88

구 분	대 상 질 병	분류번호
뼈의 기타 장애	뼈의 기타 장애	M89
연골병증	연골병증	M91 ~ M94
하부요로의 결석	방광의 결석 요도결석 기타 하부요로결석 상세불명의 하부요로결석 - 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N21.0 N21.1 N21.8 N21.9 N22*
상세불명의 신장 급통증	상세불명의 신장 급통증	N23
특정요도질환	요도염 및 요도증후군 요도협착 요도의 기타 장애	N34 N35 N36
생식기질환	남성생식기의 질환 (남성불임 제외) 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*) - 여성골반내 기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.15+) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.16+) 제외) 여성생식기관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N40 ~ N45, N47 ~ N51 A59.08+ B26.0+ N70 ~ N77 (N74.0* 제외) (N74.1* 제외) N80-N95 N99
다한증	다한증	R61

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 38대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표78】 대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진	B02

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표79】 대상포진눈병 분류표

약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표80】 1~5종수술Ⅲ 분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) 단, 유방의 비대(N62) 제외	3
	3-1. 유방의 비대(N62)	1
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 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, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5

구분	수술명	수술 종류
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1

구분	수술명	수술 종류
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을	2

구분	수술명	수술 종류
	지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	
	88.내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 단, 결장의 용종(K63.5) 또는 결장 및 직장 양성신생물(D12.0~12.8) 제외	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락, 결장의 용종(K63.5) 또는 결장 및 직장 양성신생물(D12.0~12.8)	1

㈜ 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수 술 명	수 술 종 류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

㈜ 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 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 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

㈜ 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종수술분류표 사용 지침)

1. "수술" 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈1~5종수술 분류표〉에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 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, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. 〈1~5종수술 분류표〉상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

   〈1~5종수술 분류표〉에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

   1) 1~5종수술 분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1 ~ 5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술

은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 〈1~5종 수술 분류표〉 중 '일반질병 및 상해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '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 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

   1) 미용 성형상의 수술

   2) 피임(避妊) 목적의 수술

   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술

   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표81】 골밀도검사(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 골밀도검사(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
골밀도검사 [재료대 포함] Bone Densitometry	
가. 양방사선(광자) 골밀도검사 Dual-Energy(Photon) Absorptiometry	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위 이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기 방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것 [단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA),초음파 골밀도측정(QUS)] Other Methods	HC344

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표82】 상해 특정시술치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 상해 특정시술치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한 경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술,히스속절제술-중격천자	M0656
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중격천자	M6556
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
	경피적확장기관절개술	O1301
	농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
	간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
	역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만)	S0011

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상 ~ 2cm미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
	척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적 약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761
상해 특정시술 치료(급여) (신경차단술)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA222
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (신경차단술)	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346
	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (화상처치)	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를포함하는경우]	N0011
	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하지아니한 경우]	N0012
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위]	N0053
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위[19%~36%의범위]	N0054
	화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된경우)	N0057
	화상처치-전기화상의경우(기타)	N0058
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%]	NA055
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-전신대부분의범위[55%이상]	NA056
	화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된경우)-섬광또는화염동반	NA057
	화상처치-전기화상의경우(기타)-섬광또는화염동반	NA058
상해 특정시술 치료(급여) (도수정복술)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	관절탈구도수정복술(요골골두 아탈구)	N0765
상해 특정시술 치료(급여) (기타)	이식형사건기록기삽입술	E6551
	박피술[종양치료에한함]-25㎠미만	N0111
	티눈제거술(전기소작,냉동응고술또는약물밀봉대)	N0143
	조갑거터술	N0215
	사지체내고정용금속제거술[대퇴골]	N0972
	사지체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골동시,경비골동시	N0974
	사지체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
	사지체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요골과척골중 하나,경골과비골중 하나	N0977
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (기타)	인공심폐순환[1회당]	O1890
	요관스텐트제거술(요관경하)	R3266
	요관스텐트제거술(방광경하)	R3267
	요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3268
	인공요도괄약근제거술	R3566
	두개강내신경자극기설치,교환및제거술[운동장애,뇌전증,통증치료,난치성강박장애등]-두개강내신경전극제거	S0475
	현미경하각막봉합사제거술	S5390
	척수신경자극기설치,교환및제거술-영구자극기설치술[경피적]-자극분석및재조정	SY634
	척수신경자극기설치,교환및제거술-시험적거치술[경피적]-자극분석	SY638
	투시하이물제거술	MY762
	투시하물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도산정]	MY763
	비내이물제거술-간단한것[비내접근]	O0971
	비내이물제거술-복잡한것[전신마취하실시또는비외접근시]	O0972
	후두이물제거술(성문상부)	O1291
	후두이물제거술(성문,성문하부)	O1292
	내시경적기관또는기관지이물제거술(연성기관지경)	O1332
	개흉적기관또는기관지이물제거술	O1336
	식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
	식도이물제거술(경부접근)	Q2383
	내시경적상부소화관이물제거술-단순	Q7611
	내시경적상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
	결장경하이물제거술	Q7670
	에스상결장경하이물제거술	Q7720
	역행성담췌관내시경수술-이물질제거술	Q7767
	안구내이물제거술-자석이용	S4891
	안구내이물제거술-기타의것	S4892
	안와내이물제거술	S4895
	결막이물제거술	S4930
	각막이물제거술-단순[filament제거포함]	S4971
	각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
	공막이물제거술	S4990
	외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에포함]-복잡한것	S5571
	외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에포함]-극히 복잡한것[진주종제거 포함]	S5572
	급성복막투석-도관삽입술	O7061

구분	내 용	수가코드
상해 특정시술 치료(급여) (기타)	체외복수투석[복막천자포함]	O7080
	혈액투석[1회당]	O7020

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표83】 창상봉합술치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술치료 대상으로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상 치료	분류번호
창상봉합술 가. 안면또는경부 (1) 단순봉합	
(가) 표재성인것 1) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 2) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 3) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0027 S0028 S0029 S0030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 52.00점을 추가 가산한다.	 S0031 S0032 S0037 S0038 S0039 S0040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인것 1) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 2) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 3) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA027 SA028 SA029 SA030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 1.5cm미만 2) 길이 1.5cm이상~3.0cm미만 3) 길이 3.0cm이상~5.0cm미만 4) 길이 5.0cm이상~7.5cm미만 5) 길이 7.5cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 63.81점을 추가 가산한다.	 SA031 SA032 SA037 SA038 SA039 SA040
나. 안면과경부이외	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인것 1) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	 SB029 SB030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다 78.50점을 추가 가산한다.	 SB031 SB032 SB039 SB040
(2) 변연절제를포함	
(가) 표재성인것	

대상 치료	분류번호
1) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며. 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다1 03.14점을 추가 가산한다.	SC029 SC030
(나) 근육에달하는것 1) 길이 2.5cm미만 2) 길이 2.5cm이상~5.0cm미만 3) 길이 5.0cm이상~10.0cm미만 주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm증가될 때 마다103.14점을 추가 가산한다.	 SC031 SC032 SC039 SC040

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표84】 고압산소 의료행위 분류표

약관에 규정하는 상해고압산소치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
고압산소요법 Hyperbaric Oxygen Therapy	
가. 1시간까지	M0586
주 : 상급종합병원· 종합병원은 해당 항목 소정점수의 116.51점을 가산한다.	M0581
나. 1시간을 초과하여 2시간까지	M0587
주 : 상급종합병원· 종합병원은 해당 항목 소정점수의 283.42점을 가산한다.	M0582
다. 2시간 초과 1일당	M0588
주 : 상급종합병원· 종합병원은 해당 항목 소정점수의 735.54점을 가산한다.	M0583

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표85】 지속적신대체요법(CRRT)(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 지속적신대체요법(CRRT)(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
지속적 정정맥 혈액투석여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7001
지속적 정정맥 혈액투석여과 - 익일부터 [1일당]	O7002
지속적 동정맥 혈액투석여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7003
지속적 동정맥 혈액투석여과 - 익일부터 [1일당]	O7004
지속적 정정맥 혈액투석 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7031
지속적 정정맥 혈액투석 - 익일부터 [1일당]	O7032
지속적 동정맥 혈액투석 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7033
지속적 동정맥 혈액투석 - 익일부터 [1일당]	O7034
지속적 정정맥 혈액여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7051
지속적 정정맥 혈액여과 - 익일부터 [1일당]	O7052
지속적 동정맥 혈액여과 - 카테터 삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	O7053
지속적 동정맥 혈액여과 - 익일부터 [1일당]	O7054

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표86】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
인공호흡 [기관내삽관료 별도]-12시간 초과 1일당	M5860
인공호흡 [기관내삽관료 별도]-12시간 초과 1일당 (신생아중환자실에서고빈도진동호흡모드를이용)	M0860

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표87】 치료적저체온요법치료(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 치료적저체온요법치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
치료적 저체온요법치료[1일당]	M5970

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표88】 부분체외순환치료(급여)대상 수가코드

약관에 규정하는 부분체외순환치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
부분체외순환	O1901
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	O1902
체외순환막형산화요법-시술당일	O1903
체외순환막형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	O1904
부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표89】 급여 골절철심제거술 수가코드

약관에 규정하는 급여 골절철심제거술로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

대상 치료	분류번호
1. 체내고정용금속제거술[골반골, 대퇴골]	N0972
2. 체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
3. 체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골 동시, 경비골 동시	N0974
4. 체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
5. 체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
6. 체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]	N0977
7. 체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나 금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
8. 체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나 금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979
9. 척추체내고정용금속제거술-전방	N2471
10. 척추체내고정용금속제거술-후방	N2472
11. 악골내고정용금속제거술(악골내강선고정의제거)	U4971
12. 악골내고정용금속제거술(소형금속판의제거)	U4972
13. 악골내고정용금속제거술(재건용금속판의제거,악골1/2이상의크기에달한것)	U4973
14. 악골내고정용금속제거술(재건용금속판의제거,악골1/2미만의크기인것)	U4974

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표90】 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 분류표

약관에 규정하는 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

분류항목		분류번호
특정심장질환Ⅴ	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	허혈심장질환	I20-I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실차단 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
	좌전섬유속차단	I44.4
	좌후섬유속차단	I44.5
	기타 및 상세불명의 섬유속차단	I44.6
	상세불명의 좌각차단	I44.7
	기타 전도장애	I45
	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	[A39.5† : 수막구균성 심장병 등((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*))]	A39.5†
	[B37.6† : 칸디다심내막염]	B37.6†
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60-I69

분류항목		분류번호
기타순환계질환	대동맥 동맥류 및 박리	I71
	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
	문맥혈전증	I81

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정심장질환Ⅴ·뇌혈관질환·기타순환계질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표91】 요로결석 분류표

약관에 규정하는 요로결석으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 요로결석 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 신장 및 요관의 결석 2. 하부요로의 결석	N20 N21.8, N21.9

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 요로결석 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표92】 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명

아래 '항암호르몬약물허가치료제' 해당 의약품명 및 성분명은 2025년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고 자료 이므로, 처방된 항암제의 "항암호르몬약물허가치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

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. '항암호르몬약물허가치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인 하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론아세테이트(미분화) Abiraterone Acetate Micronized	아비론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
		자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아비라테론아세테이트(미분화)/프레드니솔론 Abiraterone Acetate Micronized /Prednisolone	아비테론듀오정500/2.5밀리그램(아비라테론,프레드니솔론)
3	아나스트로졸 Anastrozole	아나스토정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스트로졸)
		에이덱스정(아나스트로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
4	비칼루타미드 Bicalutamide	비카루드정(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타미드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
5	비칼루타미드(미분화) Bicalutamide micronized	피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
6	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
7	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
8	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
		엑스탄디정40밀리그램(엔잘루타마이드)
		엑스탄디정80밀리그램(엔잘루타마이드)
		아나미드연질캡슐40밀리그램(엔잘루타미드)
9	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
10	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
		풀베트주(풀베스트란트)
		엘브라칸주(풀베스트란트)
11	고세렐린아세트산염 Goserelin Acetate	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
12	레트로졸 Letrozole	레나라정(레트로졸)
		레트로보정2.5밀리그램(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		페마라정(레트로졸)
		페트라정(레트로졸)
13	류프로렐린아세트산염 Leuprorelin Acetate	로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프원주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
14	타목시펜시트르산염 Tamoxifen Citrate	광동타목시펜정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)

번호	성분명(국문 및 영문)	의약품명(국문)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	트립토렐린아세트산염 Triptorelin Acetate	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(트립토렐린아세트산염)
16	메게스트롤아세테이트 Megestrol Acetate	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
17	트립토렐린파모산염 Triptorelin Pamoate	디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
18	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
19	시프로테론아세테이트 Cyproterone Acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
20	메드록시프로게스테론아세테이트 Medroxyprogesterone Acetate	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
21	에스트라머스틴인산나트륨수화물 Estramustine Sodium Phosphate Hydrate	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)

【별표93】 전이암 분류표

약관에 규정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전이암 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병		분류번호
림프절전이암	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정전이암	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 전이암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표94】중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 "중증외상 산정특례대상"이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조 별표3(중증질환자산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

진단 당시의 중증외상환자 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표95】 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 “중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상”은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제7조(산정특례 등록 신청 등)“ 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 아래의 해당 상병으로 진료를 받은 경우	V193

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 기타 피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73
3. 제자리암종	
- 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
- 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
- 제자리흑색종	D03
- 피부의 제자리암종	D04
- 유방의 제자리암종	D05
- 자궁경부의 제자리암종	D06
- 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
- 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09
4. 수막, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	
- 수막의 양성 신생물	D32
- 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	
- 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
- 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
- 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
- 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
- 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
- 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
- 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
- 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
- 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
- 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
- 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
- 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증질환자 유사암 및 뇌·수막의 양성신생물 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표96】 중증화상 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증화상 산정특례대상"은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간		특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상 환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"(【붙임2】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 중 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 중 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 중 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 중 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 "본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술"([붙임2] 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	"본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병"([붙임1] 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

진단 당시의 중증화상 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표97】 질병 특정시술치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 질병 특정시술치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	내 용	수가코드
질병 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한 경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술,히스속절제술-중격천자	M0656
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778

구분	내 용	수가코드
질병 특정시술 치료(급여) (흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중격천자	M6556
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
	경피적확장기관절개술	O1301
	농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
	간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
	역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만)	S0011

구분	내 용	수가코드
질병 특정시술 치료(급여) (흡인, 전자, 절개, 배액, 배농)	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상 ~ 2cm미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
	척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적 약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761
질병 특정시술 치료(급여) (신경차단술)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA222
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264

구분	내 용	수가코드
질병 특정시술 치료(급여) (신경차단술)	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346
	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052

구분	내 용	수가코드
질병 특정시술 치료(급여) (도수정복술)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	관절탈구도수정복술(요골골두 아탈두)	N0765
질병 특정시술 치료(급여) (기타특정시술)	이식형사건기록기삽입술	E6551
	박피술[종양치료에한함]-25㎠미만	N0111
	사지체내고정용금속제거술[대퇴골]	N0972
	사지체내고정용금속제거술[상완골,견갑골]	N0973
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골동시,경비골동시	N0974
	사지체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골]	N0975
	사지체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골]	N0976
	사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요골과척골중 하나,경골과비골중 하나	N0977
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개하에간단히제거한경우	N0978
	사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개없이간단히제거한경우	N0979

구분	내 용	수가코드
질병 특정시술 치료(급여) (기타특정시술)	인공심폐순환[1회당]	O1890
	요관스텐트제거술(요관경하)	R3266
	요관스텐트제거술(방광경하)	R3267
	요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3268
	인공요도괄약근제거술	R3566
	두개강내신경자극기설치,교환및제거술[운동장애,뇌전증,통증치료,난치성강박장애등]-두개강내신경전극제거	S0475
	척수신경자극기설치,교환및제거술-영구자극기설치술[경피적]-자극분석및재조정	SY634
	척수신경자극기설치,교환및제거술-시험적거치술[경피적]-자극분석	SY638
	투시하이물제거술	MY762
	투시하물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도산정]	MY763
	비내이물제거술-복잡한것[전신마취하실시또는비외접근시]	O0972
	내시경적기관또는기관지이물제거술(연성기관지경)	O1332
	개흉적기관또는기관지이물제거술	O1336
	식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
	식도이물제거술(경부접근)	Q2383
	내시경적상부소화관이물제거술-단순	Q7611
	내시경적상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
	결장경하이물제거술	Q7670
	에스상결장경하이물제거술	Q7720
	역행성담췌관내시경수술-이물질제거술	Q7767
	급성복막투석-도관삽입술	O7061
	체외복수투석[복막천자포함]	O7080
	혈액투석[1회당]	O7020

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표98】 통합뇌질환 분류표

약관에 규정하는 통합뇌질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합뇌질환의 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대상이 되는 항목	분류번호
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
일과성뇌허혈발작	척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
	경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
	다발성 및 양쪽 전대뇌동맥증후군	G45.2
	일과성 흑암시	G45.3
	기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
	상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9
뇌혈관질환(뇌경색및뇌출혈)	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
뇌혈관질환(협착증)	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
뇌혈관질환(뇌졸중제외)	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표99】 통합상해분류표

약관에서 규정하는 통합상해로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합상해 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	부위	대상이 되는 항목	분 류 번 호
경증	머리 및 목	머리의 표재성 손상	S00
		머리의 열린상처	S01
		머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S03
		머리의 기타 및 상세불명의 손상	S09
		목의 표재성 손상	S10
		목의 열린상처	S11
		목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
		목의 기타 및 상세불명의 손상	S19
	몸통	흉부의 표재성손상	S20
		흉부의 열린상처	S21
		흉곽의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S23
		기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
		흉부의 기타 및 상세불명의 손상	S29
		복부, 아래등 및 골반의 표재성 손상	S30
		복부, 아래등 및 골반의 열린상처	S31
		요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
		복부, 아래등 및 골반의 기타 상세불명의 손상	S39
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 표재성 손상	S40
		어깨 및 위팔의 열린상처	S41
		견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
		어깨 및 위팔의 기타 및 상세불명의 손상	S49
	아래팔	아래팔의 표재성손상	S50
		아래팔의 열린상처	S51
		팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
		아래팔의 기타 및 상세불명의 손상	S59
	손목 및 손	손목 및 손의 표재성 손상	S60
		손목 및 손의 열린상처	S61
		손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S63
		손목 및 손의 기타 및 상세불명의 손상	S69
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 표재성 손상	S70
		엉덩이 및 대퇴의 열린상처	S71
		고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
		엉덩이 및 대퇴의 기타 및 상세불명의 손상	S79
	아래다리	아래다리의 표재성 손상	S80
		아래다리의 열린상처	S81
		무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
		아래다리의 기타 및 상세불명의 손상	S89
	발목 및 발	발목 및 발의 표재성 손상	S90
		발목 및 발의 열린상처	S91
		발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S93
		발목 및 발의 기타 및 상세불명의 손상	S99
	기타	여러 신체부위를 침범한 표재성 손상	T00
		여러 신체부위를 침범한 열린상처	T01
		여러 신체부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03
		달리 분류되지 않은 여러 신체부위를 침범한 기타 손상	T06
		상세불명의 다발손상	T07
		척추 및 몸통의 상세불명 부위의 기타 손상	T09
		팔의 상세불명 부위의 기타 손상	T11
		다리의 상세불명 부위의 기타 손상	T13
		상세불명의 신체부위의 손상	T14
		머리 및 목의 화상 및 부식	T20
		몸통의 화상 및 부식	T21

구분	부위	대상이 되는 항목	분 류 번 호
		손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
		손목 및 손의 화상 및 부식	T23
		발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
		발목 및 발의 화상 및 부식	T25
		눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
		기도의 화상 및 부식	T27
		기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
		여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
		상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
		포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
		표재성 동상	T33
		조직괴사를 동반한 동상	T34
		여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
중등증	머리 및 목	두개골 및 안면골의 골절	S02
		뇌신경의 손상	S04
		눈 및 안와의 손상	S05
		두 개내손상	S06
		목의 골절	S12
		목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
		목부위의 혈관의 손상	S15
		목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
	몸통	늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
		흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
		흉부 혈관의 손상	S25
		심장의 손상	S26
		요추 및 골반의 골절	S32
		복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
		복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
		복강내기관의 손상	S36
		비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 골절	S42
		어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
		어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
		어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
	아래팔	아래팔의 골절	S52
		아래팔 부위의 신경의 손상	S54
		아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
		아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56
	손목 및 손	손목 및 손부위의 골절	S62
		손목 및 손부위의 신경의 손상	S64
		손목 및 손부위의 혈관의 손상	S65
		손목 및 손부위의 근육 및 힘줄의 손상	S66
	엉덩이 및 대퇴	대퇴골의 골절	S72
		엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
		엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
		엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
	아래다리	발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
		아래다리 부위의 신경손상	S84
		아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
		아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
	발목 및 발	발목을 제외한 발의 골절	S92
		발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
		발목 및 발 부위의 혈관의 손상	S95
		발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
	기타	여러 신체부위를 침범한 골절	T02
		척추의 상세불명 부위의 골절	T08

구분	부위	대상이 되는 항목	분 류 번 호
		팔의 상세불명 부위의 골절 다리의 상세불명 부위의 골절	T10 T12
중증	머리 및 목	머리의 으깸손상 머리 부분의 외상성 절단 목의 으깸손상 목부위의 외상성 절단	S07 S08 S17 S18
	몸통	흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S28 S38
	어깨 및 위팔	어깨 및 위팔의 으깸손상 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S47 S48
	아래팔	아래팔의 으깸손상 아래팔의 외상성 절단	S57 S58
	손목 및 손	손목 및 손의 으깸손상 손목 및 손의 외상성 절단	S67 S68
	엉덩이 및 대퇴	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S77 S78
	아래다리	아래다리의 으깸손상 아래다리의 외상성 절단	S87 S88
	발목 및 발	발목 및 발의 으깸손상 발목 및 발의 외상성 절단	S97 S98
	기타	여러 신체부위를 침범한 으깸손상 여러 신체부위를 침범한 외상성 절단	T04 T05

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 통합상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표100】 통합심질환 분류표

약관에 규정하는 통합심질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합심질환의 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대상이 되는 항목	분류번호
심근병증 (허혈성제외)	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
심장판막협착증 (대동맥판막)	류마티스성 대동맥판협착	I06.0
	기능부전이 있는 류마티스성 대동맥판협착	I06.2
	대동맥판협착	I35.0
	기능부전을 동반한 대동맥판협착	I35.2
특정심장질환Ⅲ	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
특정심장질환Ⅳ	협심증	I20
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	심부전	I50
기타심장부정맥	기타 심장부정맥	I49

제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표101】 통합암(유사암제외) 분류표

약관에 규정하는 통합암(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합암(유사암제외)의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
두경부암	입술의 악성 신생물	C00
	혀뿌리의 악성 신생물	C01
	혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	잇몸의 악성 신생물	C03
	입바닥의 악성 신생물	C04
	구개의 악성 신생물	C05
	입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	귀밑샘의 악성 신생물	C07
	기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	편도의 악성 신생물	C09
	입인두의 악성 신생물	C10
	비인두의 악성 신생물	C11
	이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	하인두의 악성 신생물	C13
	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	후두의 악성 신생물	C32
	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
소화기관암	식도의 악성 신생물	C15
	위의 악성 신생물	C16
	소장의 악성 신생물	C17
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
	비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
	상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
간암, 담낭암, 기타담도암 및 췌장암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	췌장의 악성 신생물	C25
	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
폐암	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	폐의 이차성 악성신생물(암)	C78.0
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
3대특정고액암	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	종격의 이차성 악성신생물(암)	C78.1
	흉막의 이차성 악성신생물(암)	C78.2
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
생식기관련암	외음의 악성 신생물	C51

구분	대 상 질 병	분류번호
	질의 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
	음경의 악성 신생물	C60
	전립선의 악성 신생물	C61
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6
	생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81
유방암 및 비뇨기관암	유방의 악성신생물	C50
	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	방광의 악성 신생물	C67
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
	유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80
11대특정암 II	흉선의 악성 신생물	C37
	피부의 악성 흑색종	C43
	중피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6
	피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
	부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
혈액암	호지킨림프종	C81
	소포성 림프종	C82
	비소포성 림프종	C83
	성숙T/NK-세포림프종	C84
	기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	악성 면역증식성 질환	C88
	다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	림프성 백혈병	C91
	골수성 백혈병	C92
	단핵구성 백혈병	C93
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	상세불명 세포형의 백혈병	C95
	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	진성 적혈구증가증	D45
	골수형성이상증후군	D46
	만성 골수증식질환	D47.1
	본태성 혈소판혈증	D47.3
	골수섬유증	D47.4
	만성 호산구성 백혈병	D47.5

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 통합암(유사암제외)의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표102】 급여 특정 항구토제 분류표

약관에서 규정하는 '급여 특정 항구토제'로 분류되는 약제는 보건복지부에서 고시하는 '약제급여목록및급여상한금액표'에서 정한 급여 약제 중 아래에 해당하는 약제를 말합니다.

주성분코드	주성분명
167301ATB	granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg)
167301ATD	granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg)
167330BIJ	granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg(1mg/mL))
167331BIJ	granisetron hydrochloride (as granisetron 3mg(1mg/mL))
505701CPC	granisetron 34.3mg
204601ATD	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 4mg)
204603ATB	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg)
204603ATD	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg)
204630BIJ	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 4mg(2mg/mL))
204631BIJ	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg(2mg/mL))
222604ATD	ramosetron hydrochloride 0.1mg
222630BIJ	ramosetron hydrochloride 0.3mg(0.15mg/mL)
490030BIJ	palonosetron hydrochloride (as palonosetron 75μg(50μg/mL))
490031BIJ	palonosetron hydrochloride (as palonosetron 0.25mg(50μg/mL))
674900ACH	netupitant 0.3g/palonosetron hydrochloride 0.5mg
483001ACH	aprepitant 80mg
483002ACH	aprepitant 0.125g
616001BIJ	fosaprepitant dimeglumine (as fosaprepitant 0.15g)

주) '급여 특정항구토제'가 '국민건강보험법', '의료급여법' 및 관련 법령의 개정(보건복지부에서 고시하는 '약제급여목록및급여상한금액표' 개정에 따른 '약제 주성분코드'의 폐지 또는 변경을 포함합니다.)에 따라 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【별표103】 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표

약관에서 규정하는 '급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제'로 분류되는 약제는 보건복지부에서 고시하는 '약제급여목록및급여상한금액표'에서 정한 급여 약제 중 아래에 해당하는 약제를 말합니다.

주성분코드	주성분명
158930BIJ	filgrastim 75㎍(0.25mg/mL)
158931BIJ	filgrastim 0.15mg(0.25mg/mL)
158932BIJ	filgrastim 0.3mg(0.25mg/mL)
158934BIJ	filgrastim 0.15mg(0.3mg/mL)
158935BIJ	filgrastim 0.3mg(0.3mg/mL)
158936BIJ	filgrastim 75㎍(0.3mg/mL)
158933BIJ	filgrastim 0.3mg(0.42857mg/mL)
181801BIJ	lenograstim 0.1mg
181802BIJ	lenograstim 0.25mg
181803BIJ	lenograstim 50㎍
618830BIJ	pegfilgrastim 6mg(10mg/mL)
628330BIJ	tripegfilgrastim 6mg(10mg/mL)
633130BIJ	pegteograstim 6mg(10mg/mL)
684901BIJ	lipegfilgrastim 6mg
700001BIJ	eflapegrastim (as rh-GCSF analog 3.6mg(6mg/mL))
360530BIJ	sodium thiosulfate 12.5g(0.25g/mL)
629002BIJ	denosumab 0.12g(70mg/mL)
420731BIJ	zoledronic acid 4mg(0.8mg/mL))
420730BIJ	zoledronic acid 4mg(40㎍/mL)
142501BIJ	dexrazoxane 0.5g

주) '급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제'가 '국민건강보험법', '의료급여법' 및 관련 법령의 개정(보건복지부에서 고시하는 '약제급여목록및급여상한금액표' 개정에 따른 '약제 주성분코드'의 폐지 또는 변경을 포함합니다.)에 따라 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

【별표104】 무릎인대파열 및 연골손상 분류표

약관에 규정하는 "무릎인대파열 및 연골손상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
외측 측부인대의 파열	S83.42
내측 측부인대의 파열	S83.43
전십자인대의 파열	S83.52
후십자인대의 파열	S83.53
현존 반달연골의 찢김	S83.2
현존 무릎관절 연골의 찢김	S83.3
무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 무릎인대파열 및 연골의 손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표105】 아킬레스힘줄손상 분류표

약관에 규정하는 “아킬레스힘줄손상”으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
아킬레스힘줄의 손상	S86.0

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 아킬레스힘줄의 손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표106】 특정 외상성 뇌손상 분류표

약관에서 규정하는 특정 외상성 뇌손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌손상 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 미만성 뇌손상	S06.2
2. 초점성 뇌손상	S06.3
3. 경막외출혈	S06.4
4. 외상성 경막하출혈	S06.5
5. 외상성 거미막하출혈	S06.6
6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
7. 기타 두개내손상	S06.8
8. 상세불명의 두개내손상	S06.9

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표107】 특정 외상성 뇌출혈 분류표

약관에서 규정하는 특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 경막외출혈 2. 외상성 경막하출혈 3. 외상성 거미막하출혈	S06.4 S06.5 S06.6

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표108】 특정 외상성 장기손상 분류표

약관에서 규정하는 특정 외상성 장기손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 장기손상 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 심장의 손상	S26
2. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
3. 복강내기관의 손상	S36
4. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
5. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정 외상성 장기손상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표109】 결핵질환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "결핵질환자 산정특례대상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2022-136호, 2022.5.31시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증 난치질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대상 및 적용기간	특정기호
결핵질환	가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵질 환자 중 결핵치료가 진행 중인 자가 항결핵제 내성(U84.3) 및 결핵(A15~A19)상병으로 확진 받아 공단에 산정특례로 등록한 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 - 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 “완치” 또는 “완료”일 경우는 치료종료일을, “사망”은 사망일을, “진단변경”은 진단변경일로 “중단 및 다른 의료기관으로 전원”은 해당 요양기관의 최종 진료일로 한다.	V000

진단 당시의 결핵질환자 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 결핵질환자 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표110】 뇌전증 분류표

약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	대상이 되는 항목	수가코드
뇌전증	1. 뇌전증 2. 뇌전증지속상태	G40 G41

제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표111】 11대중대질환 분류표

약관에 규정하는 11대중대질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
특정 두개내손상	외상성 뇌부종	S06.1
	초점성 뇌손상	S06.3
	경막외출혈	S06.4
	외상성 경막하출혈	S06.5
	외상성 거미막하출혈	S06.6
	지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	기타 두개내손상	S06.8
	상세불명의 두개내손상	S06.9
머리의 으깸손상	머리의 으깸손상	S07
허혈심장질환	허혈심장질환	I20~I25
심장정지	심장정지	I46
심장의 손상	심장의 손상	S26
특정 두개골 및 안면골의 골절	두개원개의 골절	S02.0
	두개저의 골절	S02.1
	안와바닥의 골절	S02.3
	광대뼈 및 상악골의 골절	S02.4
	하악골의 골절	S02.6
	두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
목의 골절	목의 골절	S12
흉추의 골절 및 다발골절	흉추의 골절	S22.0
	흉추의 다발골절	S22.1
요추 및 골반의 골절	요추 및 골반의 골절	S32
대퇴골의 골절	대퇴골의 골절	S72

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표112】 12대소화계특정질환 분류표

약관에 규정하는 12대소화계특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
장의 혈관장애	장의 혈관장애	K55
복막염	복막염	K65
복막의 기타 장애	복막의 기타 장애	K66
식도의 천공	식도의 천공	K22.3
장의천공(비외상성)	장의천공(비외상성)	K63.1
담낭 및 담관의 천공	담낭의 천공	K82.2
	담관의 천공	K83.2
충수염 및 충수의 질환	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
게실병 및 게실	천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.04
	천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.24
	천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.44
	천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.84
분문의 이완불능증 및 바렛식도	분문의 이완불능증	K22.0
	바렛식도	K22.7
위공장궤양	위공장궤양	K28
상부위장관 궤양	출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
	천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
	출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
	천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
	출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
	천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
방사선 및 독성 소화기 질환	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	독성 위장염 및 결장염	K52.1

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표113】 2대중추신경계특정질환 분류표

약관에 규정하는 2대중추신경계특정질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병		분류번호
중추신경계 염증성질환	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
두개·척추내 농양및육아종	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표114】 특정5대 호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정5대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
특정 바이러스성 폐렴	아데노바이러스폐렴	J12.0
	파라인플루엔자바이러스폐렴	J12.2
	사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
특정세균성폐렴	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
하부호흡기특정질환	폐기종	J43
	기관지확장증	J47
특정외부요인폐질환	화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
흉막특정질환	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	흉막판	J92
	기타 흉막의 병태	J94

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표115】 특정2대 호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정2대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
간질영향 호흡기질환	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
하기도 화농·괴사성 질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표116】 가와사키병(점막피부림프절증후군) 분류표

약관에 규정하는 가와사키병(점막피부림프절증후군)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
점막피부림프절증후군[가와사키병]	M30.3

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표117】 간경변 분류표

약관에 규정하는 간경변으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈(심장성 간경화증)	K76.1

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표118】 간부전 분류표

약관에 규정하는 간부전으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
알콜성 간부전	K70.4
간괴사를 동반한 독성간질환 약물에 의한(급성, 만성) 간부전	K71.1
달리 분류되지 않은 간부전	K72

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표119】 간염(B,C형) 분류표

약관에 규정하는 간염(B,C형)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
급성 B형간염	B16
만성 B형간염에서의 급성 델타(중복)감염	B17.0
급성 C형간염	B17.1
델타-병원체가 있는 만성 바이러스B형간염	B18.0
델타-병원체가 없는 만성 바이러스B형간염	B18.1
만성 바이러스C형간염	B18.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표120】 급여 골절탈구도수정복치료 분류표

약관에서 규정하는 "급여 골절탈구도수정복치료"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위 의료행위	수가코드
척추골절 및 탈구의 도수정복술	N0630
사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
사지골절도수정복술[전완골]	N0643
사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
관절탈구 도수정복술(고관절)	N0761
관절탈구 도수정복술(견관절)	N0762
관절탈구 도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
관절탈구 도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
관절탈구 도수정복술(요골골두 아탈구)	N0765

【별표121】 급성신부전 분류표

약관에 규정하는 급성신부전으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
급성신부전	N17

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표122】 난청(노년난청제외) 분류표

약관에 규정하는 난청(노년난청제외)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
전음성 및 감각신경성 청력소실	H90
귀독성 청력소실	H91.0
돌발성 특발성 청력소실	H91.2
기타 명시된 청력소실	H91.8
상세불명의 청력소실	H91.9
내이의 소음효과, 음향성 외상, 소음유발청력소실	H83.3

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표123】 내향성손발톱 분류표

약관에 규정하는 내향성손발톱으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
내향성 손발톱	L60.0

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표124】 내향성손발톱 수술 및 처치코드

약관에서 규정하는 국제의료행위분류(ICD-9-CM)에 있어서 수술 및 처치분류번호 '86(피부 및 피부밑조직 수술)'에 따른 (【별표999】 내향성손발톱 수술 및 처치코드 참조) 에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위 의료행위	수술 및 처치코드
피부 및 피부밑 조직의 흡인	86.01
피부 및 피부밑 조직의 배액법이 동반된 기타절개	86.04
피부 및 피부밑 조직에서 이물제거가 동반된 절개	86.05
피부 및 피부밑 조직의 기타 절개	86.09
창상, 감염 또는 화상의 절제에 의한 죽은 조직제거법	86.22
손톱, 손톱바닥 또는 손톱 주름의 제거	86.23
손톱, 손톱바닥 또는 손톱 주름의 죽은 조직제거법	86.27
창상, 감염 또는 화상의 비절제적 죽은 조직제거법	86.28
피부 및 피부밑 조직 병변 또는 조직의 기타 국소 절제 또는 파괴	86.3
피부 병변의 근치 절제	86.4
기타 부위 피부 및 피부밑 조직의 봉합	86.59
손발톱성형술	86.86
피부 및 피부밑 조직의 기타 수복 및 재건	86.89
피부 및 피부밑 조직에 기타 수술	86.9

【별표125】 성장기언어및행동발달특정장애 분류표

약관에 규정하는 성장기언어및행동발달특정장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
말하기와 언어의 특정 발달장애	F80
말더듬[말더듬증]	F98.5
활동성 및 주의력 장애	F90.0
만성 운동 또는 음성 틱장애	F95.1

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표126】 특정부위골절 분류표

약관에 규정하는 특정부위골절로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
늑골(갈비뼈), 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표127】 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환) 분류표

약관에 규정하는 스마트기기질환(컴퓨터사용특정질환)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
근육장애	M60~M63
윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
기타 연조직장애	M70~M79
기타 관절연골장애	M24.1
인대장애	M24.2
관절통	M25.5
달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
경추상완증후군	M53.1
팔의 단일 신경병증	G56
복합부위통증증후군II형	G90.6
기타 및 상세불명 유형의 복합부위통증증후군	G90.7
척주후만증 및 척주전만증	M40
척주측만증	M41

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표128】 십자인대수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 "십자인대수술(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
십자인대성형술	N0880
십자인대성형술-복잡	N0881
십자인대접합술	N0890

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표129】 십자인대질환 분류표

약관에 규정하는 십자인대질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
무릎의 내부장애	M23
무릎의 (전)(후)십자인대를 침범한 염좌 및 긴장	S83.5
(측부)(십자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표130】 안구특정상해 분류표

약관에 규정하는 안구특정상해로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
안구내조직의 탈출 또는 손실을 동반한 안구열상 및 파열	S05.2
안구내조직의 탈출 또는 손실이 없는 안구열상	S05.3
이물이 있거나 없는 안와의 관통창	S05.4
이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
안구의 박리	S05.7

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표131】 외부요인폐질환 분류표

약관에 규정하는 외부요인폐질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
탄광부진폐증	J60
석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
상세불명의 진폐증	J64
결핵과 연관된 진폐증	J65
특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표132】 주요폐질환 분류표

약관에 규정하는 주요폐질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
폐기종	J43
기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
기관지확장증	J47
달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
흉막판	J92
기흉	J93
기타 흉막의 병태	J94

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표133】 중증틱장애 분류표

약관에 규정하는 중증틱장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애(데라투렛 증후군)	F95.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표134】 관절증 질환 분류표

약관에 규정하는 관절증 질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
고관절증	
양쪽 원발성 고관절증	M16.0
기타 원발성 고관절증	M16.1
형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
기타 형성이상성 고관절증	M16.3
양쪽 외상후 고관절증	M16.4
기타 외상후 고관절증	M16.5
무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

출생전후기에 기원한 특정병태로 분류되는 질병(분류번호 P00 ~ P96)은 보장되지 않습니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표135】 추간판탈출증 분류표

약관에 규정하는 추간판탈출증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
경추간판장애	M50
기타 추간판장애	M51

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표136】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 추간판탈출증 신경차단술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상 치료	분류번호
1. 거미막하 신경차단술	LA210
2. 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
3. 경막외 저장기펌프 제거술	LA330
4. 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
나. 삼차신경의 분지	LA341
다. 안면신경	LA232
라. 설인신경	LA233
마. 접구개신경절	LA234
5. 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
카. 장골하복신경	LA270
타. 음부신경	LA271
파. 좌골신경	LA272
하. 폐쇄신경	LA273
거. 대퇴신경	LA274
너. 외측대퇴피신경	LA275
더. 상박신경총	LA276
6. 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
7. 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

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술

해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표137】 크론병 분류표

약관에 규정하는 크론병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
크론병[국소성 장염]	K50

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표138】 특정귀어지럼증 분류표

약관에 규정하는 특정귀어지럼증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
메니에르병	H81.0
양성 발작성 현기증	H81.1
전정신경세포염	H81.2
기타말초성 현기증	H81.3

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표139】 녹내장(선천녹내장제외) 분류표

약관에 규정하는 특정안과질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
원발성 개방우각녹내장	H40.1
원발성 폐쇄우각녹내장	H40.2
눈외상에 따른 이차성 녹내장	H40.3
눈염증에 따른 이차성 녹내장	H40.4
기타 눈장애에 따른 이차성 녹내장	H40.5
약물에 의한 이차성 녹내장	H40.6
기타 녹내장	H40.8
상세불명의 녹내장	H40.9
달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표140】 중증백내장및수정체질환(선천백내장제외) 분류표

약관에 규정하는 특정안과질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
모르가니형 노년백내장	H25.2
외상성 백내장	H26.1
합병백내장	H26.2
약물유발 백내장	H26.3
수정체의 탈구	H27.1

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표141】 색각결손 분류표

약관에 규정하는 특정안과질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
색각결손	H53.5

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표142】 악안면수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 "악안면수술(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
상악골 절제술	
상악골부분절제	N0391
상악골전적출술	N0392
상악골 신장술	
Le Fort I	N0406
Le Fort II	N0407
Le Fort III	N0408
하악골 재건술	N0411
하악골절제술	
하악골부분절제	N0421
하악골반측절제	N0422
하악골 신장술	N0423
관상돌기절제술	N0428
악관절 치환술	N0719
악관절 성형수술	N0741
하악과두절제술	N0742
악관절원반 성형술	N0743
악관절탈구정복술	
관혈적정복술	N0772
악골골절수술	
가. 하악골 골절수술	
(2) 관혈적정복술	
(가) 정중부, 골체부, 우각부	N0952
(나) 하악 과두부	N0953
나. 상악골 골절수술	
(2) 관혈적정복술	
(가) Le Fort I	N0962
(나) Le Fort II	N0963
(다) Le Fort III	N0964
부정유합된 하악골 절골 교정술	N0955
부정유합된 관골 절골 교정술	N0967
상악골성형술	
가. 분절골절단술	NY051
나. Le Fort I	NY052
다. Le Fort II	NY053
라. Le Fort III	NY054
하악골성형술	
가. 분절골절단술	NY055
나. 이부성형술	NY056
다. 하악지골절단술	NY057

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점

수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표143】 특정자가면역질환 분류표

약관에 규정하는 특정자가면역질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
중증근무력증	G70.0
길랭-바레증후군	G61.0
보통천포창	L10.0
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
굿패스쳐증후군	M31.0
기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1
진행성 전신경화증	M34.0
크레스트증후군	M34.1
폐침범을 동반한 전신경화증†(J99.1*)	M34.8
근육병증을 동반한 쉐그렌증후군(G73.7*)	M35.0
혼합결합조직병	M35.1
베체트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
자가면역성 간염	K75.4
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
에반스증후군	D69.3
낙엽천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터유사천포창	L12.1
항인지질증후군	D68.6
람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1
성인발병 스틸병	M06.1

대 상 질 병	분류번호
궤양성 (만성) 범결장염	K51.0
궤양성 (만성) 직장염	K51.2
좌측 결장염	K51.5
기타 궤양성 대장염	K51.8
상세불명의 궤양성 대장염	K51.9
비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0
류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1
류마티스혈관염	M05.2
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3
기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8
상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9
절단성 관절염(L40.5†)	M07.1
건선척추염(L40.5†)	M07.2
기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3
강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0
강직척추염, 후두환축부	M45.1
강직척추염, 경부	M45.2
강직척추염, 경흉추부	M45.3
강직척추염, 흉추부	M45.4
강직척추염, 흉요추부	M45.5
강직척추염, 요추부	M45.6
강직척추염, 요천부	M45.7
강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표144】 패혈증 분류표

약관에 규정하는 패혈증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
연쇄알균패혈증	A40
기타 패혈증	A41
패혈성 쇼크	R57.2
살모넬라패혈증	A02.1
패혈증형페스트	A20.7
탄저병패혈증	A22.7
에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
리스테리아패혈증	A32.7
방선균패혈증	A42.7
파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
칸디다패혈증	B37.7

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표145】 편마비 분류표

약관에 규정하는 편마비로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
편마비	G81

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표146】 폐렴 분류표

약관에 규정하는 폐렴으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
상세불명 병원체의 폐렴	J18

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표147】 특정화상처치(급여) 분류표

약관에 규정하는 "특정화상처치(급여)"는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하는경우]	N0011
화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하지 아니한 경우]	N0012
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위]	N0053
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위[19%~36%의범위]	N0054
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%]	NA055
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-전신대부분의범위[55%이상]	NA056
화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된 경우)	N0057
화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된 경우)-섬광또는화염동반	NA057
화상처치-전기화상의 경우(기타)	N0058
화상처치-전기화상의 경우(기타)-섬광 또는 화염동반	NA058

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표148】 특정화상 분류표

약관에 규정하는 특정화상으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 머리 및 목의 2도 화상	T20.2
2. 머리 및 목의 3도 화상	T20.3
3. 머리 및 목의 2도 부식	T20.6
4. 머리 및 목의 3도 부식	T20.7
5. 몸통의 3도 화상	T21.3
6. 몸통의 3도 부식	T21.7
7. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 3도 화상	T22.3
8. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 3도 부식	T22.7
9. 손목 및 손의 3도 화상	T23.3
10. 손목 및 손의 3도 부식	T23.7
11. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 화상	T24.3
12. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 부식	T24.7
13. 발목 및 발의 3도 화상	T25.3
14. 발목 및 발의 3도 부식	T25.7
15. 적어도 한 군데는 3도 화상의 언급이 있는 여러 신체 부위의 화상	T29.3
16. 적어도 한 군데는 3도 부식의 언급이 있는 여러 신체 부위의 부식	T29.7
17. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상(신체표면의 10%미만을 포함한 화상 제외)	T31(T31.0은 제외)
18. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(신체표면의 10%미만을 포함한 부식 제외)	T32(T32.0은 제외)

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표149】 특정안면마비 분류표

약관에 규정하는 특정안면마비로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
벨마비	G51.0
슬신경절염	G51.1
멜커슨증후군	G51.2

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표150】 급여 특정생검 분류표

약관에서 규정하는 "급여 특정생검"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위 의료행위	수가코드
침생검-심부-복막	C8511
침생검-심부-흉막	C8512
침생검-심부-장기[편측]	C8513
침생검-심부-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검-심부-척수	C8515
절개생검-심부-개흉에 의한 것	C8533
절개생검-심부-개복에 의한 것	C8534
전립선생검-관혈적	C8552
고환,부고환생검-경피적	C8561
고환,부고환생검-관혈적	C8562
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁경부 착공생검	C8576
골생검-침생검	C8581
골생검-절개생검-척추골	C8582
골생검-절개생검-기타부위	C8583
갑상선생검-관혈적	C8592
관절절개생검술-견관절,고관절,천장관절	C8601
관절절개생검술-주관절,슬관절	C8602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
관절절개생검술-기타부위	C8604
신경생검술	C8610
경정맥간생검	C8620
심근생검	CZ976
유방생검[편측]-절개생검	C8642

【별표151】 급여 골수검사 분류표

약관에서 규정하는 "급여 골수검사"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위 의료행위	수가코드
골수천자	C8031
골수천자생검[편측]	C8520

【별표152】 급여 특정내시경 분류표

약관에서 규정하는 "급여 특정내시경"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위 의료행위	수가코드
흉강경검사	E7600
종격동검사	E7605
내시경적 역행성 담(췌)관조영술	E7621
모자내시경형 담(췌)관경검사	E7622
도관 기반의 담(췌)관경검사	E7623
경피적담관(낭)경검사 [T-tube, PTBD를 통한 것]	E7631
담도경검사	E7640
풍선 소장내시경검사 [방사선료 포함] - 경구	E7651
풍선 소장내시경검사 [방사선료 포함] - 경항문	E7652
후복강경검사	E7691
요관경검사 [요관점막하 주입 포함] - 연성요관경	E7741
요관경검사 [요관점막하 주입 포함] - 경성요관경	E7740
신내시경검사	E7760
캡슐내시경검사 [소장질환 진단목적에 한함]	EZ937

【별표153】 급여 특정천자 분류표

약관에서 규정하는 "급여 특정천자"은 "건강보험 행위 급여·비급여 목록및 급여 상대가치점수" 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위 의료행위	수가코드
요추천자 [뇌척수압 측정을 포함]	C8000
경막하천자	C8005
흉막천자	C8040
복수천자, 복막천자	C8050
심낭천자	C8060
뇌실천자	C8070

【별표154】 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 “중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외) 산정특례대상”은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제7조(산정특례 등록 신청 등)“ 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 아래의 해당 상병으로 진료를 받은 경우	V193

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 중증질환자 암(유사암 및 뇌·수막의양성신생물 및 특정소액암제외)"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 중증질환자 암(유사암제외) 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상질병	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 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C52, C55~C58
8. 남성생식기관의 악성신생물	C60, C62~C63
9. 요로의 악성신생물	C64~C66, C68
10. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
11. 부신 및 기타 내분비선의 악성신생물 - 부신의 악성 신생물 - 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	 C74 C75
12. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
13. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
14. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
15. 진성 적혈구 증가증	D45
16. 골수 형성이상 증후군	D46
17. 만성 골수증식 질환	D47.1
18. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
19. 골수섬유증	D47.4
20. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

진단 당시의 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암(유사암제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표155】 중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 “중증질환자 암(특정소액암) 산정특례대상”은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제7조(산정특례 등록 신청 등)“ 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 아래의 해당 상병으로 진료를 받은 경우	V193

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 중증질환자 암(특정소액암)"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 중증질환자 암(유사암제외) 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

진단 당시의 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암(유사암제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표156】 원형탈모증 분류표

약관에 규정하는 원형탈모증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
원형탈모증	L63

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표157】 주요관절손상 분류표

① 약관에서 규정하는 주요관절손상으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

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
	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 복합성 외상성 절단	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

부위	대상이 되는 상병	분류번호
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
	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

② 제10차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병 에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표158】 급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표

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	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
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-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3720
인공관절재치환술-전치환[견관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3721,N3726
인공관절재치환술-전치환[슬관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3722,N3727
인공관절재치환술-전치환[주관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3723,N3728
인공관절재치환술-전치환[완관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3724
인공관절재치환술-전치환[족관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3725,N3729
인공관절재치환술-부분치환[고관절]	N4710
인공관절재치환술-부분치환[견관절]	N4711,N4716
인공관절재치환술-부분치환[슬관절]	N4712,N4717
인공관절재치환술-부분치환[주관절]	N4713,N4718
인공관절재치환술-부분치환[완관절]	N4714
인공관절재치환술-부분치환[족관절]	N4715,N4719
인공관절재치환술-부분치환[고관절]-복잡-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4720
인공관절재치환술-부분치환[견관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4721,N4726
인공관절재치환술-부분치환[슬관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4722,N4727
인공관절재치환술-부분치환[주관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4723,N4728
인공관절재치환술-부분치환[완관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한 경우	N4724
인공관절재치환술-부분치환[족관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4725,N4729
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
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 대한 봉합술,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 동반된경우)	N0937,N0938

② 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여・비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한'급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드'에 준하여 '급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드'를 결정합니다.

【별표159】 희귀질환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "희귀질환자 산정특례대상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 희귀질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	혈우병 환자가 항응고인자•동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결함을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결함을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노젠혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라워]의 결핍	D68.2	V009
	제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009
	제13인자[피브린안정화]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노젠혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	가족성선종성용종증	D12.6 (M8220/0)	V281
	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164

구분	상병명	상병코드	특정기호
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠울리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수황폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정성적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.3	V188
	선천성 무과립구증	D70	V108
	선천성 호중구감소	D70	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70	V108
	무과립구증	D70	V108
	무과립구성 안지나	D70	V108
	호중구감소 NOS	D70	V108
	주기성 호중구감소	D70	V108
	코스트만병	D70	V108
	순환성 호중구감소	D70	V108
	호중구감소성 비장비대	D70	V108
	베르너-슐츠병	D70	V108
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110

구분	상병명	상병코드	특정기호
	세망조직구종(거대세포)	D76.3	V110
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루톤](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상의 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111
	디죠지증후군	D82.1	V111
	흉선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 흉선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스터레이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111
	포도막귀밑샘열	D86.8	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	쉬한증후군	E23.0	V165
	콜만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
	바터증후군	E26.8	V254
	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신염	E27.1	V116
	가족성 부신코티코이드결핍	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신발증	E27.2	V116
	부신출혈	E27.4	V116
	부신경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	송과선 기능이상	E34.8	V166
	조로증	E34.8	V166
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알캅톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르덴브르그 증후군(백색증을동반한)	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽뇨병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신백질디스트로피[애디슨-쉴더]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트란스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117
	하르트넙병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타티오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스테인혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.5	V117
	감마글루타밀회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젖당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117
	글리코젠축적병	E74.0	V117
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
	피루브산염대사 및 포도당신합성 장애	E74.4	V117
	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM_2-강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM_2-강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM_2-강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM_2-강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 Ⅳ	E75.1	V117
	GM_1-강글리오시드증	E75.1	V117
	GM_3-강글리오시드증	E75.1	V117
	파브리(-앤더슨)병	E75.2	V117
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117
	스필마이어-보그트병	E75.4	V117
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	얀스키-빌쇼스키병	E75.4	V117
	월만병	E75.5	V117
	대뇌건의 콜레스테롤증[밴보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	Ⅰ형 점액다당류증	E76.0	V117
	헐러증후군	E76.0	V117
	헐러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	Ⅱ형 점액다당류증	E76.1	V117
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	Ⅲ, Ⅳ, Ⅵ, Ⅶ형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필립포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	뮤코지질증Ⅲ[거짓헐러다발디스트로피]	E77.0	V117
	뮤코지질증Ⅱ[Ⅰ-세포병]	E77.0	V117
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[뮤코지질증Ⅰ]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
	마노스축적증	E77.1	V117
	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118

구분	상병명	상병코드	특정기호
	급성 간헐성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(꼬인모발)(강모)병	E83.0	V119
	윌슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.1	V120
	낭성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
	비신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	카다실	F01.1	V122
	레트증후군	F84.2	V122
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3	V256
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 힘줄반사을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아형, Ⅱ형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, Ⅲ형[쿠겔베르그-벨란더] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병 (단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123

구분	상병명	상병코드	특정기호
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190
	아급성 괴사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276
	레녹스-가스토증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	기면병 및 탈력발작	G47.4	V234
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126
	다초점 운동신경병증	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤쉔 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤쉔] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012

구분	상병명	상병코드	특정기호
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[톰슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012
	다발심 병	G71.2	V012
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
	근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 사립체 근육병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*	V259
	복합부위통증증후군 I형	G90.5	V177
	복합부위통증증후군 II형	G90.6	V168
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
	원추각막	H18.6	V307
	맥락막결손	H31.2	V295
	코츠망막병증	H35.0	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘거복합	I27.8	V226
	아이젠멘거증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥판하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.20	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	뢰플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127
	긴QT증후군	I49.82	V296
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0	V297
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.1	V236
	불완전상아질형성	K00.51	V310
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130

구분	상병명	상병코드	특정기호
	원발성 담도간경변증	K74.3	V174
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	흉터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	중증 화농성 한선염	L73.22	V309
	성인발병 스틸병	M06.1	V298
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스쳐증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
	대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	심내막염 동반 전신홍반루푸스(I39.8*)	M32.1	V136
	리브만-삭스병(I39.0*)	M32.1	V136
	루푸스 심장낭염(I32.8*)	M32.1	V136
	폐침범 동반 전신홍반루푸스(J99.1+)	M32.1	V136
	사구체질환 동반 전신홍반루푸스(N08.5*)	M32.1	V136
	세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스(N16.4*)	M32.1	V136
	신장침범 동반 전신홍반루푸스(N08.5*, N16.4*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 뇌염(G05.8*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 근병증(G73.7*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 대뇌동맥염(I68.2*)	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
	근병증을(를) 동반한 쉐그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범을(를) 동반한 쉐그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[쉐그렌]	M35.0	V139
	각막결막염을(를) 동반한 쉐그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애을(를) 동반한 쉐그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139

구분	상병명	상병코드	특정기호
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	두개골의 파젯병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파젯병	M88.8	V213
	상세불명의 뼈의 파젯병	M88.9	V213
	수근반달뼈의 골연골증(연소성)[킨뵉]	M92.2	V299
	성인의 킨뵉병	M93.1	V299
	재발성 다발연골염	M94.1	V178
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	댄디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179
	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	(외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착	Q16.1	V291
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144

구분	상병명	상병코드	특정기호
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실관	Q21.2	V269
	심내막융기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멘거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판기능부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판기능부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
	선천성 대동맥판협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150

구분	상병명	상병코드	특정기호
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 보통염색체우성	Q61.2	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뾰족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뾰족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스쉐티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228
	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	얼브라이트(-맥큔)(-스턴버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-쉰베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-엥겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230

구분	상병명	상병코드	특정기호
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155
	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	X—연관비늘증	Q80.1	V300
	X—연관비늘증; 스테로이드설파타제결핍	Q80.1	V300
	할리퀸태아	Q80.4	V300
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204
	에필로이아	Q85.1	V204
	부르느뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알코올증후군	Q86.0	V157
	고린-샤우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	뫼비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185

구분	상병명	상병코드	특정기호
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267
	촤지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160
	13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스-마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
4	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901

구분	상병명	상병코드	특정기호
5	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

진단 당시의 희귀질환자 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 희귀질환자 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표160】 중증난치질환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증난치질환자 산정특례대상"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증 난치질환자 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료, 해당 시술 관련 입원진료 또는 인공신장투석을 위한 혈관 시술·수술 관련 진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	혈우병 환자가 항응고인자•동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
3	장기이식 환자의 경우		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파과형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렙시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161
	조현병후우울증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부페 델리랑뜨	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부페 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103

구분	상병명	상병코드	특정기호
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
	림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	약물유발 호중구감소	D70	V285
	과당대사장애	E74.1	V286
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
	신생물딸림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물딸림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279

구분	상병명	상병코드	특정기호
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82†)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8†)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-†)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.-†)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2†)	G63.0	V170
	볼거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8†)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2†)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1†)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4†)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.28	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 아토피성 피부염	L20.85	V308
	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5†)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5†)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140

구분	상병명	상병코드	특정기호
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142

진단 당시의 중증 난치질환자 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증 난치질환자 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표161】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
[붙임1] "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [붙임2] "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, [붙임1] "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"에 해당하는 상병으로 [붙임2] "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우. 단, [붙임1] "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병"에 해당하는 상병으로 [붙임2] "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술"에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

진단 당시의 중증질환자 뇌혈관질환에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

[붙임1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다. 다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상 상병	분류번호
뇌혈관 질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
두개내손상	S06

진단 당시의 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

[붙임2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 "중증질환자(뇌혈관질환) 수술"이란 "중증질환자(뇌혈관질환)"으로 인한 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행)에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자(뇌혈관질환) 수술 해당 여부를 판단합니다.

대상 수술	수술 코드
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~M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333
혈관내 죽종제거술	O0226, O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

진단 당시의 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환 수술 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표162】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
〈붙임1〉 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병" 에 해당하는 심장질환자가 해당 질병의 치료를 위하여 〈붙임2〉 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술" 또는 〈붙임3〉 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분" 에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 ※ 단, 〈붙임1〉 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병"에 해당하는 질병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 〈붙임2〉 "본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술"에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

진단 당시의 중증질환자 심장질환 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

[붙임1] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에서 규정하는 "본인일부부담금 산정특례 심장질환"으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상 상병	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스 심장질환	I05~I09
허혈심장질환	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

진단 당시의 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

[붙임2] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 "중증질환자(심장질환) 수술"이란 "중증질환자(심장질환)"으로 인한 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행)에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자(심장질환) 수술 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상 수술	분류번호
동맥관 우회로 조성술	OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851,O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878

대상 수술	분류번호
대혈관전위증수술	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, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O0231, O2021, O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550, M0651, M0657, M0658, M0661, M0662
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552,M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564,M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571, M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580, M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605

대상 수술	분류번호
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

[붙임3] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 "중증질환자(심장질환) 약제"란 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행)을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자(심장질환) 약제 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

【별표163】 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표

약관에 규정하는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 다약제내성결핵 2. 광범위약제내성결핵	U84.30 U84.31

제10차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

상기 질병 이외에 신생아에게 적용하는 '출생전후기에 기원한 특정병태(P코드)' 질병분류번호는 포함하지 않습니다.

【별표164】 안과질환 분류표

약관에 규정하는 “안과질환”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 눈 및 눈 부속기의 질환(H00:맥립종 및 콩다래끼 제외)	H01~H59
2. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00~B99
3. 신생물	C00~D48
4. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역메커니즘을 침범한 특정 장애	D50~D89
5. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00~E90
6. 정신 및 행동 장애	F00~F99
7. 신경계통의 질환	G00~G99
8. 귀 및 유돌의 질환	H60~H95
9. 순환계통의 질환	I00~I99
10. 호흡계통의 질환	J00~J99
11. 소화계통의 질환	K00~K93
12. 피부 및 피하조직의 질환	L00~L99
13. 근골격계통 및 결합조직의 질환	M00~M99
14. 비뇨생식계통의 질환	N00~N99
15. 임신, 출산 및 산후기	O00~099
16. 출생전후기에 기원한 특정 병태	P00~P96
17. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00~R99

제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

단, 상기 분류표의 2. 부터 17. 까지 해당하는 특정질병(한국표준질병·사인분류상의 (A00~~G99, H60~P99, R00~R99))은 눈 및 눈 부속기관에 대하여 안과전문의가 진단 및 수술하는 경우 보장합니다.

【별표165】 관절통증주사치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 관절통증주사치료(급여)로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제5장(주사료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드
신경간내주사	KK061
건초내주사	KK062
관절강내주사	KK090

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 ·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표166】 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표

약관에 규정하는 근골격계통 및 결합조직의 질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 근골격계통 및 결합조직의 질환 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 감염성 관절병증	M00-M03
2. 염증성 다발관절병증	M05-M14
3. 관절증	M15-M19
4. 기타 관절장애	M20-M25
5. 전신결합조직장애	M30-M36
6. 변형성 등병증	M40-M43
7. 척추병증	M45-M49
8. 기타 등병증	M50-M54
9. 근육 장애	M60-M63
10. 윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
11. 기타 연조직장애	M70-M79
12. 골밀도 및 구조장애	M80-M85
13. 기타 골병증	M86-M90
14. 연골병증	M91-M94
15. 근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	M95-M99

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 근골격계통 및 결합조직의 질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

【별표167】 특정관절병척추염 분류표

약관에 규정하는 특정관절병척추염으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정관절병척추염 해당 여부를 판단합니다.
다만, 출생전후기에 기원한 특정병태(P00~P96)로 분류되는 질병은 포함하지 않습니다.

분류항목	분류번호
1. 화농성 관절염	M00
2. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염	M01
3. 반응성 관절병증	M02
4. 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
5. 건선성 및 장병성 관절병증	M07
6. 강직척추염	M45

제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 주요심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 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 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 상기 분류에 포함합니다.

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

(1) 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 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 관리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 개인신용평가회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 개인신용평가회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 개인신용평가회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법 : 무료전화(080-860-3300)
- 무료전화 외 전화·서면·인터넷 신청 방법 : '라. 본인정보의 열람 및 정정요구'에 기재된 방법과 같습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정요구

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 처리 결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

신청 방법	전화	지역번호 없이 1566-3000/ 1644-3000
	서면	우)03137 서울특별시 종로구 창경궁로 117(인의동, 하나손해보험빌딩)
	인터넷	www.hanainsure.co.kr

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 개인신용평가회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 개인신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

- NICE평가정보(주) : ☎02-2122-4000, 인터넷 www.nice.co.kr
- SCI평가정보(주) : ☎02-3445-5000, 인터넷 http://www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) : ☎02-708-6000, 인터넷 http://www.kcb4u.com

(3) 개인정보 유출 시 피해보상 규정

가. 당사의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

나. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 개인신용정보 보호담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 개인신용정보 보호담당자
02) 6670-8740 서울특별시 종로구 창경궁로 117, 9층 (인의동, 하나손해보험빌딩)	02) 3702-8500 서울특별시 종로구 종로1길 50, 16층 (중학동, 케이트윈타워 B동)	1332 서울특별시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 1층 금융민원센터

예금자 보호 안내

1. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보험상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.
2. 본 보험회사가 예금 등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 1억원까지 보호합니다. (단, 연금저축보험*은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 1억원까지 보호) * 연금저축계좌, 개인연금저축, 연금저축 포함
3. 위 내용은 예금자보호법 및 관련법령의 개정 등에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자 보호 안내책자를 참고하거나 예금보험공사(☎지역번호 없이 1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

보험모집질서 신고센터 안내

※ 보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터

●**전화:** 1332 ●**인터넷:** www.fss.or.kr

사고접수, 보험처리 등 보험계약 관련 문의(하나손해보험)

●**전화:** 1566-3000 ●**인터넷:** www.hanainsure.co.kr

MEMO